



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

Era uma vez um filho: a transição para uma nova realidade

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Joana Mendes Marques

LISBOA, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Era uma vez um filho: a transição para uma nova realidade

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Joana Mendes Marques

Sob orientação de Mestre Margarida Lourenço

LISBOA, Fevereiro de 2011

Cuidar de crianças é fazê-las crescer e atenção
que crescer não é aumentar, é questionar pelo *antes*,
compreender *com quem mora* e indicar o *depois*.

(Biscaia, 2003, p. 17)

Agradecimentos

À Universidade Católica Portuguesa pelo rigor e excelência.

À Professora Margarida Lourenço pelo apoio, motivação e partilha do saber na caminhada percorrida.

À Enfermeira Céu, à Enfermeira Margarita, à Enfermeira Rosário e à Enfermeira Joana, pelo apoio e orientação.

Às crianças e familiares pelo carinho e força que me deram ao longo deste percurso.

À minha Mãe e Pai que, em tantos momentos difíceis, me animaram e incentivaram.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste Relatório.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DA – Diário de Aprendizagem

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EV - Endovenosa

HDP – Hospital de Dia Pediátrico

HFF – Hospital Fernando Fonseca

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

ICN – International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

O Relatório pretende traduzir o caminho percorrido durante a Unidade Curricular Estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com o objectivo de realizar uma análise crítica reflexiva sobre o percurso desenvolvido.

A metodologia utilizada como ferramenta deste percurso, centrou-se na evidência científica, na experiência, na reflexão crítica e construtiva sobre a prática e na opinião de peritos, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responde às necessidades identificadas.

A temática aprofundada ao longo do percurso centra-se na transição para a parentalidade / papel parental. Foram estabelecidos objectivos e desenvolvidas actividades, de forma a promover a assistência de enfermagem avançada à criança e família, em situações de transição, na promoção do papel parental.

O Módulo I foi desenvolvido no Hospital de Dia do HFF e Centro de Saúde de São João do Estoril, onde se destaca particularmente a elaboração do Manual de apoio aos pais pela primeira vez. No Módulo II, realizado no Serviço de Internamento de Pediatria do HSFX, destaca-se todo o trabalho elaborado na promoção da uniformização dos registos de enfermagem. No Módulo III, no Serviço de Urgência Pediátrica do HSFX, foram elaborados Diários de Aprendizagem que promoveram a análise crítica ao longo das quatro semanas e finalmente, na Neonatologia do HFF, destaca-se o investimento na promoção do bem estar do RN, através da abordagem do tema do ruído.

No final do Relatório é apresentada uma conclusão que sistematiza as intervenções implementadas com ganhos em saúde, que vão ao encontro dos objectivos propostos.

Foram desenvolvidas competências diferenciadas/específicas e acrescidas, assentes num conhecimento profundo sobre as respostas humanas da criança e da família, capazes de ajudar e capacitar os pais na vivência das transições, no sentido de desenvolverem competências para o exercício do seu papel.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria; transição; papel parental.

Abstract

This report aims to translate the path taken during the Internship course in Nursing Pediatrics and Child Health (Child Health and Emergency department, Inpatient e Neonatology), in the following objectives:

- Contribute to improving the quality of advanced nursing care in child health and pediatrics;
- Develop skills in advanced nursing care to children and families in transitional situation, to promote the parent role.

The methodology used as a tool of this route, focused on scientific evidence, experience, reflection and constructive criticism about the practice and expert opinion, with the intention of taking a decision and having the knowledge that responds to needs identified.

The investigated thematic along the path focuses on the transition to parenthood/parenting role. It was established goals and developed activities, in order to promote advanced nursing care to children and families in transitional situations, in the promotion of the parent role. All the interventions were justified with the reference documents, including the skills of specialist nurses in child health and pediatrics.

At the end of this report is introduced a conclusion that explores the implemented interventions with gains in health, that will meet the objectives proposed.

It was developed different, specific and added skills, based on a deep understanding of human responses of the child and family, able to help and empower parents in the experience of transitions, to developed skills to perform its role.

Keywords: Nurse specialist in child health and pediatrics; transition; parental role.

Índice

0.	<u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	15
1.	<u>A VIDA COMO UM CONJUNTO DE TRANSIÇÕES CONSTANTES</u>	19
1.1.	AS TRANSIÇÕES VIVENCIADAS PELOS PAIS	19
1.2.	O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO ELEMENTO FACILITADOR NA TRANSIÇÃO PARA O PAPEL PARENTAL	22
2.	<u>A CAMINHADA PERCORRIDA</u>	25
2.1.	PROMOVER A SAÚDE NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE	26
2.2.	O IMPACTO DA DOENÇA NA CRIANÇA/PAIS	34
2.3.	A VULNERABILIDADE DO RN/PAIS APÓS O NASCIMENTO	37
2.4.	A HOSPITALIZAÇÃO NA IDADE PEDIÁTRICA	45
3.	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	51
4.	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	56
	 <u>ANEXOS</u>	 61
	Anexo I – Reflexão sobre a prática	62
	Anexo II – Manual para os pais: Cuidados ao bebê no 1º ano de vida	65
	Anexo III – Folheto informativo: O banho do bebê...como fazer?	75
	Anexo IV – Poster: O bebê está seguro no seu carro?	79
	Anexo V – Folheto informativo: O seu bebê está seguro?	81
	Anexo VI – Suporte para folhetos informativos	85
	Anexo VII – Trabalho ilustrativo sobre desenvolvimento infantil	87
	Anexo VIII – Folheto informativo: Informações úteis	89
	Anexo IX – Relatório da sessão: Cuidados ao bebê no 1º ano de vida	91
	Anexo X – Projecto de estágio da Urgência Pediátrica	105
	Anexo XI – Diários de aprendizagem	113

Anexo XII – Artigo realizado: A Experiência de poder ajudar a viver uma situação de transição em contexto de urgência pediátrica	129
Anexo XIII– Contactos com as empresas de avaliação do ruído	137
Anexo XIV – Relatório da Formação: O Ruído nas unidades de cuidados intensivos neonatais	139
Anexo XV – Trabalho desenvolvido: O Ruído nas unidades de cuidados intensivos neonatais	155
Anexo XVI – Artigo realizado: A minimização do ruído como um cuidado desenvolvimental nas unidades de neonatologia	177
Anexo XVII - Projecto de estágio do Serviço de Internamento de Pediatria	193
Anexo XVIII – Trabalho desenvolvido	203
Anexo XIX – Relatório da sessão: Registos de enfermagem	215
Anexo XX – Análise dos dados	227
Anexo XXI – Folha de harmonização dos registos	235

0. NOTA INTRODUTÓRIA

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como disciplina do conhecimento autónoma, que engloba conhecimentos próprios. Esta toma como objecto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como as transições com que indivíduos, famílias e comunidades se deparam ao longo da vida.

Como profissão autónoma e disciplina com conhecimento próprio, a enfermagem tem por objecto as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida, que exijam adaptação pelos indivíduos, famílias e comunidades (Silva, 2007).

Um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão por considerar esta uma área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2005). Nos processos de mudança, as transições passam por estabilidade, instabilidade e estabilidade como um fenómeno interligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela entrada, passagem e saída (Murphy, 1990).

As situações envolvidas com uma transição são inúmeras. Autores numeram alguns eventos como a parentalidade, adolescência, doença, recuperação, hospitalização, maturidade, gravidez, perda, morte. As respostas a estes eventos englobam processos psicológicos, indissociáveis do contexto sociocultural, como “desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças no autoconceito, mudanças no desempenho de papel, mudanças na auto-estima e outros” (Murphy, 1990).

Conhecendo estes padrões, o enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição, com o objectivo de restabelecer a instabilidade gerada.

É no seio das relações familiares que os acontecimentos da vida individual adquirem o seu significado e, por sua vez, através da mesma, são colocados à experiência do nascer, crescer, envelhecer, da sexualidade, da procriação e do morrer.

No contexto sociocultural actual, a família continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica em que nascemos, nos desenvolvemos e socializamos. É essencialmente nela e com ela, que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo da vida (Marques, 2007).

Sendo a família um sistema aberto que estabelece relações com um grande sistema com quem está em interacção constante (o meio social), tem de ser capaz de realizar constantes adaptações e transformações pois, devido às inter-relações criadas, qualquer modificação de um dos seus elementos poderá corresponder a uma alteração de todos os outros, bem como das suas relações. Isto é, leva à modificação do próprio sistema, encontrando-se desta forma a família em permanente evolução e transformação (Oliveira, 1994).

O reconhecimento do papel fundamental da família é apoiado pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, 2004) e pelo Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2002).

Neste âmbito, a adopção de uma dinâmica de prestação de cuidados centrados na família, é essencial, na qual a família é reconhecida como parceira, como uma constante na vida da criança, que é apoiada, respeitada e encorajada a potencializar as suas forças e competências.

De facto, as mães e os pais, são o recurso mais precioso que as crianças possuem. É necessário capacitar os pais a desempenharem o seu papel, pois eles são os agentes activos da formação da criança, e são eles que a preparam, melhor ou pior para a vida. Desta forma, os enfermeiros são, cada vez mais, confrontados com a exigência de pais e mães que querem e necessitam de ser ajudados na aquisição de competências no exercício do seu papel parental (Silva, 2007).

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) tem um papel fundamental no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente, conjugada com a experiência,

opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis (Thompson, 2006).

O presente Relatório *Era Uma Vez um Filho: A Transição para uma Nova Realidade*, surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Pretende-se sistematizar o percurso realizado ao longo dos Módulos constituintes da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Módulo I – Saúde Infantil, Módulo II – Serviço de Internamento e Módulo III – Serviço de Neonatologia e Serviço de Urgência).

Com o presente relatório pretendo transmitir de forma prática e reflectida o meu desempenho durante o estágio, com o intuito de me tornar promotora no desenvolvimento da enfermagem e por conseguinte, no cuidar do Ser Humano em toda a sua plenitude.

A escolha do título centra-se no nascimento de um filho. Muitos pais pensam estar preparados para esta nova realidade, mas a verdade é que muitas vezes esta transição não é feita de uma forma suave e inúmeros sentimentos apoderam-se destes pais. É uma área onde o EESIP tem um papel fundamental, uma vez que tem competências teórico-práticas acrescidas na área e que acompanha o RN/família desde o nascimento, ao longo das consultas de saúde infantil e nos episódios de saúde-doença.

Inicialmente irá ser apresentado o enquadramento justificativo da temática, assim como as competências do EESIP adoptadas na promoção do papel parental, assente num referencial teórico e na mobilização e integração de conhecimentos adquiridos.

Seguidamente proceder-se-á à transcrição do percurso realizado em cada um dos Módulos e locais de estágio. Será efectuada a caracterização de cada local de estágio, apresentados os objectivos de cada Módulo e as actividades desenvolvidas no caminho da excelência e no exercício da competência.

Nas considerações finais são apresentadas as conclusões efectuadas e deixadas algumas sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados na assistência de enfermagem à criança e família.

Em anexo encontram-se os projectos e outros documentos considerados relevantes e pertinentes ao longo dos Módulos da Unidade Curricular Estágio.

A metodologia utilizada como ferramenta deste percurso, centrou-se na evidência científica, na experiência, na reflexão crítica e construtiva sobre a prática e na opinião de peritos, com o intuito de uma tomada de decisão e de um saber que responde às necessidades identificadas.

1. A VIDA COMO UM CONJUNTO DE TRANSIÇÕES CONSTANTES

Os filhos são um apelo constante para que o casal viva no risco e na esperança. No risco, porque o filho irá destabilizar muitos dos equilíbrios conquistados pelo casal, tornando os pais para sempre dependentes de alguém que com um choro, uma doença, um afastamento, os obriga a rever posições e a viver da esperança.

1.1. AS TRANSIÇÕES VIVENCIADAS PELOS PAIS

Humanizar os cuidados é juntar na relação a mãe, o pai, o bebé e a família, promovendo uma oportunidade de crescimento de toda a família. É ajudar os pais a viver esta fase do ciclo de vida de forma construtiva, contribuindo para a promoção da sua saúde e do seu bem-estar.

A enfermagem ao intervir perante situações de transição, desenvolve o cuidado, no sentido de mobilizar estratégias que visem a manutenção da saúde, do equilíbrio e da harmonia. O cuidar humanizado e holístico em enfermagem fortalece a estabilidade da criança e família, o que efectivamente, promove a integração e a qualidade dos cuidados desenvolvidos.

A transição é uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, surgindo relacionada com as teorias do desenvolvimento, do stress e de adaptação (Chick e Meleis, 1986). Segundo os mesmos autores, a transição promove a aquisição de novo conhecimento pela pessoa, no sentido de modificar os seus comportamentos, o que leva a uma nova definição do *self*. No entanto, a transição é essencialmente positiva, uma vez que a pessoa após o período de transição, alcança uma maior estabilidade relativamente ao período anterior.

As condições que conduzem aos processos de transição estão ligadas com quatro tipos de transição: de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais (Meleis et al, 2000).

A compreensão do conceito de transição é importante para que o enfermeiro possa cuidar da criança e família, antevendo as modificações que estão a vivenciar. As

transições de desenvolvimento, podem surgir quando a criança e família vivenciam um processo de maturação, por exemplo, a transição para a parentalidade. Por sua vez, numa situação de saúde-doença, a criança e sua família encontram-se, inicialmente em equilíbrio (saúde), mas ao serem confrontados com uma situação inesperada (transição situacional), passam para um estado de doença (aguda ou crónica).

Os processos de gravidez e maternidade/paternidade têm um impacto no desenvolvimento psicológico dos pais, é um momento de crise e como tal abre espaço para uma resposta adaptativa (Lourenço e Afonso, 2008).

Com o nascimento do primeiro filho (elemento unificador geracional) é iniciada uma nova fase de transição do ciclo vital da família. A transição para a parentalidade exige reorganização familiar, através da definição de papéis parentais e filiais. A família deixa de ser um casal e o marido e mulher têm agora de assumir também o papel de pai e mãe, respectivamente (Lourenço e Afonso, 2008). O casal terá que se readaptar na esfera afectiva, a nível das alterações físicas, nas mudanças das rotinas diárias e, no próprio relacionamento sexual. Esta aliança e reestruturação vai exigir a partilha, flexibilidade, negociação, assim como união nos cuidados de alimentação, de higiene, de prevenção das doenças, na promoção da saúde, e no acompanhamento diário e educação do filho.

As crianças e família têm competências para utilizar, as suas forças e estratégias de confronto (Hockenberry, 2006) e para evoluírem para um novo estado, necessitam do envolvimento e suporte de todos os envolvidos, para que em conjunto possam superar esse período de transição.

A enfermagem ao intervir perante situações de transição, desenvolve o cuidado, no sentido de mobilizar estratégias que visem a manutenção da saúde, do equilíbrio e da harmonia. O cuidar humanizado e holístico em enfermagem fortalece a estabilidade da criança e da família, o que efectivamente, promove a integração e a qualidade dos cuidados desenvolvidos.

Neste sentido, deverá ser desenvolvido um plano de cuidados ou projecto terapêutico que considere a pessoa/criança inserida na família, bem como objectivos que lhes façam sentido alcançar (Hesbeen, 2000).

Ao se abordar criança/família/enfermeiro, não se pode deixar de mencionar Anne Casey, que desenvolveu o seu Modelo de Parceria de Cuidados, aplicável aos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. Este modelo que toma a criança como cliente da prática de enfermagem, assume os pais como parceiros da equipa de enfermagem no processo de cuidados. Refere que os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia da enfermagem pediátrica da década de noventa. Neste sentido, este modelo permite um crescimento físico, emocional e social da família. Nele os pais não são visitantes nem técnicos, são parceiros no cuidar.

A base deste modelo é a negociação alicerçada no respeito pela família, pelas suas necessidades e desejos. Deste modo, torna-se evidente a pertinência de compreender e intervir correctamente junto e com os pais, apoiando-os na transição para a parentalidade no contexto específico em que a estejam a vivenciar e desse modo, promover uma ligação forte, segura, consistente e adequada entre os pais e a criança.

De referir também a orientação patente nos Padrões de Qualidade divulgados pela Ordem dos Enfermeiros (2002, p.8-9), relativamente aos cuidados de enfermagem, onde a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem se *“caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.”* As intervenções de enfermagem serão optimizadas se *“toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados.”*

De acordo com o Internacional Council of Nurses (2005, p.43), a parentalidade é definida como:

“Acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”.

O foco de atenção do enfermeiro deve centrar-se na facilitação das transições, desencadeadas por uma mudança no estado de saúde, no papel, nas expectativas ou nas

capacidades. Deste modo, depreende-se que a transição se constitui como um conceito central da prestação de cuidados de enfermagem (Meleis, 2000).

Atendendo às transições, os cuidados de enfermagem responderam às efectivas necessidades dos cuidados de saúde dos cidadãos e promoveram o aumento da qualidade de vida dos mesmos, o que traduzirá na melhoria da qualidade dos cuidados e sequencialmente, em ganhos em saúde.

1.2. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO ELEMENTO FACILITADOR NA TRANSIÇÃO PARA O PAPEL PARENTAL

A Ordem dos Enfermeiros (OE), na sua tomada de posição face à investigação em enfermagem, define eixos prioritários, nomeadamente “*a adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão*”, a “*educação para a saúde na aprendizagem de capacidades*”, bem como “*a formação em enfermagem no desenvolvimento de competências*” (OE, 2006, p.1-2).

No sentido de apoiar e estimular o desenvolvimento de competências parentais em situação de transição, será preponderante o papel do enfermeiro e a sua aposta na assistência, no ensino e na informação que fornece aos pais. Através do aumento do conhecimento dos pais e do cuidado em parceria, será possível o desenvolvimento das suas competências (Rodrigues, 2009). Nesta linha de pensamento, Coutinho (2004) apoiando-se em vários estudos, sugere o desenvolvimento de programas de formação de pais, salientando que traduzirão uma melhoria da qualidade dos cuidados.

A aquisição de competências associadas a um adequado exercício do papel parental acompanha a família ao longo do seu ciclo de vida, quer na transição para a parentalidade, quer aquando da ocorrência de um estado de doença, que implique recorrer a um serviço de urgência e se verifique uma situação de hospitalização (transição saúde-doença, situacional).

Neste seguimento, a intervenção do enfermeiro deve incidir no fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades e competências

parentais, como se pode inferir da interpretação dos Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001). Para este efeito, é prioritário a criação de contextos de cuidados, que fomentem a oportunidade para a aquisição e desenvolvimento de competências parentais, assumindo assim um elevado valor numa procura permanente da excelência do exercício.

O EESIP, está habilitado para prestar cuidados de maior complexidade na sua área, em parceria com a criança/família, uma vez que possui um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa – criança, jovem e pais/família -, aos processos de vida e problemas de saúde complexos e uma resposta de elevado grau de adequação às suas necessidades (OE, 2007). É um profissional com competências diferenciadas/específicas e acrescidas nesta etapa do ciclo de vida, capaz de ajudar e capacitar os pais na vivência desta transição, no sentido de desenvolverem competências para o exercício do seu papel e concomitantemente vigiar o crescimento e o desenvolvimento infantil.

É com base nos princípios e orientações mencionados anteriormente: o papel do enfermeiro nas transições, a importância da parceria de cuidados e dos cuidados centrados na família, bem como da importância da ajuda aos pais na aquisição de competências associadas a um adequado exercício parental, fruto da tomada de posição de entidades fidedignas e autores de referência, que me proponho a desenvolver competências, específicas e acrescidas. Este conjunto é essencial ao desempenho de um EESIP.

A temática aprofundada, pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados promovidos à criança e família, nos locais de estágio, uma vez que contribuirá para o desenvolvimento do papel parental em situações de transição, como a parentalidade e a hospitalização, vivenciados pelos pais, e conseqüentemente pelas crianças (Rodrigues, 2009).

O significado da experiência permitiu-me colocar questões relacionadas com a transformação das práticas quotidianas de cuidados, pela influência de uma argumentação teórica relacionada com as evidências e o diagnóstico pessoal face ao construto do experienciado. Considerando o descrito no Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional da Universidade Católica

Portuguesa (UCP), o desenvolvimento de competências enquanto detentores de uma formação específica, passa por reunir condições para dar resposta às solicitações/necessidades dos membros da equipa de enfermagem, bem como sermos detentores de um nível superior de julgamento e descrição no que se refere ao cuidado clínico relativamente ao enfermeiro generalista.

Assente na importância e influência dos pressupostos anteriormente anunciados na aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao exercício do EESIP, apresentar-se-ão ao longo de todo o relatório as actividades e intervenções desenvolvidas, que contribuíram efectivamente para o desenvolvimento de competências especializadas na assistência à criança e família.

2. A CAMINHADA PERCORRIDA

Para a efectivação dos cuidados de enfermagem na prática diária, deve existir uma mobilização de conhecimentos e competências pelos profissionais de enfermagem. É imperativo que o profissional de enfermagem desenvolva competências, ambicionando alcançar uma excelência de cuidados.

Com os conhecimentos da minha prática profissional no âmbito da pediatria, bem como com os saberes teóricos adquiridos com base no plano curricular da especialização, foi desenvolvida a Unidade Curricular Estágio, traçando-se objectivos específicos e as respectivas actividades para cada área de actuação. Consegui que a temática fosse transversal a todos os Módulos de Estágio, tendo em conta motivações pessoais/profissionais e dando continuidade à temática aprofundada na Dissertação do Mestrado Académico em Enfermagem Avançada realizado na UCP. O tema transversal centra-se nas transições/promoção de competências parentais, com o intuito de fomentar um crescimento/desenvolvimento saudável da criança, bem como desenvolver uma expansão da enfermagem no plano formativo dos seus profissionais. É um tema de extrema relevância, uma vez que, é essencial que as famílias – as mães e os pais em particular – disponham de condições e capacidade para poderem prestar bons cuidados aos filhos, para saberem reconhecer os problemas precocemente, e para conseguirem obter ajuda profissional no preciso momento em que as dificuldades surgem” (OMS, 2005).

Deste modo, foram definidos os seguintes objectivos transversais a toda a Unidade Curricular Estágio:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem avançada em saúde infantil e pediatria;
- Desenvolver competências na assistência de enfermagem avançada à criança e família, em situações de transição, que promovam o papel parental.

2.1. PROMOVER A SAÚDE NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

O estágio referente ao Módulo I, foi desenvolvido no Hospital de Dia Pediátrico (HDP) do Hospital Fernando Fonseca (HFF) e no Centro de Saúde de São João do Estoril. A duração do estágio no HDP foi de vinte horas, concretizadas entre 19 e 24 de Abril de 2010. No Centro de Saúde, foram realizadas cento e sessenta horas, cumpridas entre 26 de Abril e 19 de Junho de 2010.

Os objectivos traçados para a realização do Módulo I foram:

- Desenvolver competências na assistência de enfermagem à criança/família, na promoção do papel parental;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao nível da intervenção na comunidade;
- Contribuir para a facilitação da transição para a parentalidade.

► Hospital de dia Pediátrico do Hospital Fernando Fonseca

O primeiro dos dez princípios da Carta da Criança Hospitalizada (1988), salienta a importância do HDP, referindo que *“A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em Hospital de Dia”*.

A criação de um HDP facilita o cumprimento deste princípio, pois possibilita a prestação de cuidados especializados sem internamento, assim como altas precoces, factores importantes neste grupo etário e na família. O HDP é uma estrutura organizacional integrada num Serviço de Pediatria, com espaço físico e meios técnicos próprios e recursos humanos qualificados que prestam cuidados de saúde de modo programado, a crianças e jovens dos 0 aos 18 anos, em ambulatório, como alternativa ao internamento, por um período inferior a 12 horas e sem estadia durante a noite (DGS, 2008).

O HFF apresenta um amplo leque de oferta em cuidados ambulatoriais. No segundo piso da torre Amadora do hospital, encontra-se a área das consultas externas. Aqui têm lugar as consultas de pediatria. Trata-se de consultas de especialidades médicas e cirúrgicas, que atendem crianças desde o nascimento, até aos 18 anos.

A consulta abrange especialidades como a gastroenterologia, alergologia, consulta de obesidade, diabetes, cirurgia pediátrica, pneumologia, hematologia e cardiologia.

O apoio de enfermagem é dado por três EESIP, podendo ser encontradas em três valências, a sala de triagem, sala de tratamentos e HDP. Neste último são realizados testes de diagnóstico como, punções lombares, mielogramas, pesquisa de helicobacter, a administração de imunoglobolinas, administração de terapêutica EV (principalmente antibioterapia) em crianças em ambulatório.

A característica fundamental dos procedimentos a realizar em HDP é a necessidade de vigilância médica ou de enfermagem. Ao longo dos três dias de estágio tive a oportunidade de observar e oferecer *“um atendimento especializado e tecnicamente qualificado, em regime ambulatorio, em alternativa ao internamento hospitalar”*. (DGS, 2008, p. 2)

A intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem exige disponibilidade, humanidade, uma abertura profunda de dar e se abrir ao outro, estar com, características que se revelam como passos de gigante no processo de ajuda ao outro, de descoberta e de encontro – fundamentos de uma relação interpessoal (Rodrigues, 2010).

Foram observados cuidados centrados na família, em que os pais prestavam cuidados familiares, mas também cuidados de enfermagem aos seus filhos. De acordo com o modelo de parceria apresentado por Casey (1995), os cuidados de enfermagem podem ser prestados pelos pais com apoio e ensino. Segundo Pires e Martins (2001), os pais são como pais-enfermeiros, mas pais-enfermeiros que necessitam de ajuda, apoio e uma resposta às suas necessidades, porque são pais presentes, que se abrem aos filhos, mas que têm de percorrer um longo caminho nesta abertura à autonomia e à liberdade do outro.

Ao longo deste estágio apliquei várias competências do EESIP, nomeadamente, implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e reinserção social da criança/jovem; promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2010).

De forma a reflectir sobre a prática, realizei uma reflexão no âmbito do estágio desenvolvido no HDP (Anexo I).

► Centro de Saúde de São João do Estoril

O Centro de Saúde de São João do Estoril encontra-se integrado no ACES de Cascais – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Estoril e tem como Hospital de referência o Hospital de Cascais. Apresenta uma sala de tratamentos, sala de saúde materna, sala de vacinação e sala de consultas de saúde infantil e pediatria. Em todas as áreas está sempre presente um enfermeiro. A consulta de saúde infantil é preparada e desenvolvida por uma EESIP. Contudo, por haver horário de manhã e tarde e por motivos de folgas, os restantes enfermeiros realizam também consultas de saúde infantil. As vacinas coincidentes com as consultas de saúde infantil são administradas após a consulta nesse mesmo gabinete.

A escolha do Centro de Saúde efectuou-se com base no conhecimento, quer das características deste local de cuidados, quer das intervenções autónomas de enfermagem na assistência à criança e família que nela são desenvolvidas.

A equidade e acessos aos cuidados de saúde primários, particularmente, os cuidados de enfermagem, são a chave para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas. A equipa de enfermagem do centro de saúde tem um papel primordial na promoção e protecção da saúde a nível comunitário.

Neste seguimento, torna-se importante definir objectivos com o intuito de ajudar a obter ganhos em saúde, no campo da saúde infantil, tendo presente a promoção das competências parentais. As estratégias para obter estes ganhos centram-se

essencialmente na intervenção do enfermeiro junto com a família, sendo esta a principal prestadora de cuidados à criança. A linha de actuação passa por apoiar a família na transição para a parentalidade, ao ajudá-la a adquirir competências necessárias para cuidar do seu filho.

Assim, os objectivos definidos, bem como as respectivas actividades, pretendem consolidar o que está contemplado na Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), no art.º 2, alínea e), ou seja,

“assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a sua saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes”.

A consulta de saúde infantil tem como intuito promover a vigilância de saúde da criança e jovem, tendo como horizonte o bem-estar infantil/juvenil e da família (Portugal, 2002).

As actividades realizadas no Centro de Saúde centram-se na avaliação do estado de saúde da criança ou jovem, bem como as competências parentais nos cuidados prestados. É dado enfoque à vigilância e à promoção da saúde da criança e da sua família, nomeadamente através das consultas de enfermagem e vacinação, assim como das visitas domiciliárias planeadas e efectuadas (através da Unidade Móvel). A consulta de enfermagem de saúde infantil é desenvolvida por enfermeiros (em parceria com a consulta médica, realizada por um médico pediatra), assim como a vacinação. Os pais e a criança são parceiros, elementos activos na equipa de cuidados, dando informação necessária para uma avaliação de enfermagem personalizada (alimentação, higiene oral, socialização...), permitindo desta forma, uma melhor adequação dos cuidados.

Tive a oportunidade de desenvolver várias actividades, nomeadamente, avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança ou jovem, mediante as grelhas de actuação de cada idade; promover atitudes/comportamentos saudáveis face ao crescimento/desenvolvimento da criança/jovem, incentivando a adopção de estilos de vida saudáveis; apoiar e estimular a família acerca do seu papel parental, sendo fulcral o

fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades.

As actividades que realizei ao longo do estágio vão ao encontro do Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2002), nomeadamente, o acolhimento (momento de encontro com o outro), o levantamento de intercorrências e preocupações dos pais (momento de compreensão, mais um passo para seguir em frente, a sedimentar a relação de ajuda), a avaliação do crescimento, do desenvolvimento e do cumprimento do calendário vacinal, a detecção precoce de situações rastreáveis, a promoção de cuidados antecipatórios (momento de aprendizagem de comportamentos saudáveis essenciais ao autocuidado), avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar (cuidar das crianças é cuidar da família/pais).

Além disso, ao enfermeiro especialista, em particular, é exigida a responsabilidade de zelar pelo bem-estar da criança, considerando sempre o seu contexto familiar, nomeadamente através da *“prestação de cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”* (Dec. Lei nº 437/91, nº 3, alínea a).

Face a esta temática, é primordial se proceder à *“implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade”* (OE, 2010, p. 3) ser uma das competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, considerei fundamental ajudar os pais na sua formação. Criar práticas de apoio à família, práticas de apoio à educação parental, ao desenvolvimento das suas competências e do seu papel, parece constituir uma excelente oportunidade para melhorar os níveis de informação/conhecimento, bem como as competências educativas parentais, sendo uma necessidade da população a que o enfermeiro tem de responder.

Na primeira semana de estágio apercebi-me da existência de um compasso de espera antes da entrada para o gabinete. Considerei pertinente usar esse tempo junto da família enquanto permaneciam na sala de espera. Neste sentido, optei por realizar momentos informais de educação para a saúde, nos quais os pais transmitiam as suas dúvidas sobre temas relacionados com cuidados básicos com o seu filho ou, então mediante a faixa

etária das crianças que se encontravam na sala, incidia sobre uma temática e interagia com os pais e com as próprias crianças. Como preparação para as referidas sessões informais, senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica e neste seguimento, realizei um Manual para os Pais: Cuidados ao Bebê no 1º Ano de Vida (Anexo II).

O Manual encontra-se direccionado no sentido das intervenções de enfermagem no apoio e estímulo à função parental, assim como nos cuidados inerentes ao desempenho do papel parental, pois é no primeiro ano de vida que os pais vivenciam a transição para a parentalidade, o que exige um conhecimento profundo da criança, um desempenho das suas tarefas parentais e um acompanhamento das múltiplas alterações no sentido de promover o seu desenvolvimento.

Para a construção do Manual foi essencial a partilha e reflexão constante com a enfermeira orientadora, onde a fundamentação e avaliação dos diferentes itens introduzidos foi uma constante. O grafismo utilizado seguiu uma linha condutora, com o objectivo de transmitir continuidade, mas também tranquilidade. As cores utilizadas são claras, o tom é sereno e o texto de fácil leitura.

Após facultar o Manual a alguns pais, de forma a validar o seu conteúdo, verificou-se que ainda surgiam algumas dúvidas relativamente ao banho ao bebé. Neste sentido, considerei importante realizar um folheto informativo exclusivo desta temática, com informação e imagens claras e simples. Foi assim desenvolvido o folheto informativo “O Banho do Bebê... Como Fazer?” (Anexo III), tendo sido validado e ido ao encontro das dúvidas apresentadas pelos pais.

Verifiquei ainda através do diagnóstico da situação, que grande parte dos bebés vinham mal posicionados nas cadeiras e frequentemente com falta de segurança. Quando os pais eram questionados relativamente à segurança do carrinho e transporte, as dúvidas surgiam. Neste seguimento, considerei importante desenvolver um poster informativo com a informação necessária à segurança do bebé no carro. O poster intitulado “O Bebê está Seguro no seu Carro?” (Anexo IV) foi colocado na sala de enfermagem de saúde infantil e pediatria, na parede por cima da marquesa onde os pais despiam os seus filhos e na sala de espera, na parede em frente às cadeiras. Foi usado um título interrogativo de forma a que os pais se identificassem com esta problemática e desta forma os chamasse

a atenção. As actividades desenvolvidas neste âmbito, facilitaram a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança (OE, 2010).

Dando continuidade ao tema da Segurança Infantil, através do diálogo com a enfermeira orientadora e outros colegas, considerei importante, elaborar um folheto informativo sobre a segurança no domicílio. O folheto intitulado “O seu Bebé está Seguro?” (Anexo V) foi colocado na sala de enfermagem e oferecido aos pais após as consultas e realização de alguns ensinamentos relativos à temática.

Verifiquei que os folhetos se encontravam muitas vezes espalhados e perdidos pela sala de enfermagem. De forma a organizar a informação e facilitar o acesso dos pais a esta, foi realizado um suporte onde se colocava toda a informação (Anexo VI).

Através dos trabalhos desenvolvidos, da validação junto dos pais e da sua aplicação, constatei que a ajuda aos pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental, constitui uma dimensão pró-activa e construtivista dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde, que fomentou ganhos em saúde (Silva, 2007). Ajudei os pais na sua formação, criando práticas de apoio à família, práticas de apoio à educação parental, ao desenvolvimento das suas competências e do seu papel. As actividades desenvolvidas constituíram uma excelente oportunidade para melhorar os níveis de informação/conhecimento, bem como as competências educativas parentais, sendo uma necessidade da população a que o enfermeiro tem de responder (Coutinho, 2004).

Sendo a avaliação do desenvolvimento infantil uma temática de extrema relevância nos cuidados de saúde primários, foi desenvolvido um trabalho acerca desta temática e exposto na sala de enfermagem (Anexo VII) . Os desenhos e cores adoptados para a sua realização, apelavam à sua leitura, quer pelos pais, enfermeiros ou alunos de enfermagem, conseguindo desta forma “*promover o crescimento e o desenvolvimento infantil.*” (OE, 2010, p. 5)

Ao longo do estágio verifiquei que eram recebidas muitas chamadas a perguntar a hora da vacinação, solicitar marcação de consultas e informações de enfermagem. Por considerar que estas chamadas interrompiam várias vezes o bom funcionamento das

consultas e por outro lado, mostravam o desconhecimento das regras do Centro de Saúde, foi desenvolvido um folheto denominado “Informações Úteis” (Anexo VIII), que abrangia toda a informação relativa ao funcionamento das consultas de saúde infantil, bem como outros elementos, que através da discussão com a enfermeira orientadora, considerámos relevante. Este folheto é entregue na 1ª consulta de enfermagem do recém-nascido (RN), agraphado ao Boletim de Saúde Infantil. Ao longo do estágio a redução do número de chamadas foi visível, minimizando assim a interrupção das consultas e a insatisfação dos pais pelo não atendimento das chamadas.

Na última semana de estágio, foi realizada uma acção de formação dirigida aos enfermeiros do Centro de Saúde. Considerei importante desenvolver esta acção, não só pelo facto de todos os enfermeiros realizarem consultas de saúde infantil, como constatar que diferentes enfermeiros davam diferentes indicações aos pais. Desta forma, foi apresentado o Manual e todos os folhetos informativos desenvolvidos, como discutidos alguns ensinamentos a realizar, de forma a dar continuidade aos cuidados de enfermagem e promover a uniformização da informação transmitida aos pais, algo que não se verificava anteriormente. Foi realizada a divulgação da sessão, o planeamento da sessão e a avaliação da sessão (Anexo IX).

Face a tudo o que foi exposto, é preponderante a formação dos profissionais directamente envolvidos no acompanhamento do RN, de forma a se constituírem como figuras que promovam a vinculação precoce dos pais com o RN e proporcionem o apoio de que os progenitores necessitam, tendo em conta as mudanças ocorridas no sistema familiar (Biscaia, 2007).

As actividades desenvolvidas centraram-se em estratégias adoptadas para ajudar os pais a desenvolverem competências necessárias ao exercício do seu papel. Tal só foi possível, face ao conhecimento profundo da pessoa (criança/família), aos processos de vida e problemas de saúde neste ciclo de vida e ao desenvolvimento e aprofundamento de competências científicas, técnicas e humanas especializadas neste campo de intervenção.

É de referir ainda que com a realização destas actividades, compreendo efectivamente, que o desenvolvimento de competências parentais é essencial para a qualidade de vida

dos pais e criança, sendo fundamental aproveitar cada oportunidade de intervenção, mas fazê-lo de forma fundamentada e integrada.

Deste modo, a criação de práticas de cuidados de apoio aos pais, ou melhor, de apoio às situações de transição, devem ser uma realidade. Práticas que ajudem os pais e que respondam às suas necessidades e dificuldades, práticas de cuidados que os ajudem a desenvolver e a mobilizar os seus conhecimentos, competências e capacidades de forma adequada (saber-agir). Só assim é possível promover a vinculação precoce entre pais e RN, a adaptação aos seus novos papéis e a aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental.

2.2. O IMPACTO DA DOENÇA NA CRIANÇA/PAIS

Um dos estágios referentes ao Módulo III foi desenvolvido no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital São Francisco Xavier (HSFX). A duração do estágio foi de noventa horas, realizadas entre 27 de Setembro a 22 de Outubro de 2010.

A Urgência Pediátrica (UP) faz parte do Serviço de Pediatria do HSFX, que é composto para além desta, pela Consulta Externa e três unidades internamento: Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP), Serviço de Internamento e Neonatologia. A UP funciona em instalações contíguas com a UCEP, dispondo de uma equipa de enfermagem única, sendo esta última uma unidade de internamento de prestação de cuidados a crianças com necessidades de vigilância contínua das funções vitais dada a sua instabilidade clínica, ou para internamentos de curta duração. Por desenvolver a minha prática profissional em internamento e por a enfermeira orientadora desenvolver funções na triagem, realizei as quatro semanas de estágio na triagem.

A família acompanha a criança continuamente, sendo considerada parceira activa ao longo de todo o processo. O planeamento dos cuidados é cumprido em função das necessidades individuais das crianças, pelo que a família é sempre incluída na participação desse planeamento.

Neste contexto de prestação de cuidados e dadas as limitações temporais, através de uma reunião inicial com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, foi-me sugerido a realização de Diários de Aprendizagem (DA), segundo o Ciclo de Gibbs (Palmer, 1997), tendo desenvolvido um Projecto (Anexo X).

Como objectivo para este estágio defini:

- Reflectir sobre as situações experienciadas de forma a consciencializar a prática e projectar a acção futura.

A análise das práticas constitui-se como um espaço de reflexão crítica, de mediação do próprio trabalho de (auto)formação que o estágio é portador. Esta análise possibilita o debate partilhado, mas sobretudo o debate que se processa no “interior” dos sujeitos/actores das práticas, de modo a que permita o desenvolvimento da capacidade de reflexão e de pensamento crítico sobre essas práticas – o que faz e a quem, porque o faz, como o faz e com quem e seus efeitos na pessoa alvo desses cuidados de enfermagem (ESEMFR, 2001).

A reflexão é um processo no qual os indivíduos pensam sobre determinadas situações vividas e as avaliam de forma a trazer um novo entendimento ou uma apreciação das mesmas (Williams et al, 2002, segundo ESEMFR, 2001). Segundo o mesmo autor, profissionais reflexivos estão melhor capacitados para gerir a incerteza e a complexidade da prática clínica.

O DA tem vindo a ser reportado como um documento não só possível, como extremamente válido no desenvolvimento de competências de reflexão e análise crítica, nomeadamente nos processos de aprendizagem na prática clínica ou nos estágios de profissionais de saúde. Trata-se de um documento escrito, um instrumento de crescimento, de integração e de exploração pessoal, de clarificação e de conhecimento de si, permitindo chegar ao que parece ser mais sentido e mais central. Permite o desenvolvimento gradual de uma consciência de si e dos outros e da forma como reagimos e interagimos (Williams et al, 2002, segundo ESEMFR, 2001).

Escrever um DA é uma oportunidade para reflectir e partilhar experiências, confirmar a aquisição de conhecimentos, ajudar no desenvolvimento de uma compreensão do

processo de aprendizagem e projectar a actuação no futuro. A reflexão é essencial e conduz todo o processo de desenvolvimento. Os acontecimentos serão oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem se reflectirmos sobre eles.

Utilizando o tema transversal dos quatro campos de estágio, realizei quatro DA (Anexo XI) ao longo das quatro semanas de estágio, que aprofundaram a transição saúde-doença vivenciada pela criança/família e as estratégias utilizadas para promover o equilíbrio da criança/família. A análise realizada exigiu um grande investimento de pesquisa bibliográfica.

Todos os comentários, intervenções e estratégias adoptadas foram justificadas com bibliografia recente e documentos da Ordem dos Enfermeiros. Para além da realização de DA ter sido um grande desafio para mim, pelo seu nível de exigência, atingi os objectivos propostos inicialmente. Entre as competências desenvolvidas e aplicadas descritas nos DA, as que traço como mais presentes ao longo destas quatro semanas direccionam-se para “*reflexão na e sobre a prática, de forma crítica*” (UCP, 2010), identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, aplicação de medidas não-farmacológicas e farmacológicas no alívio da dor e demonstração de conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família (OE, 2010).

Por outro lado, os DA promoveram o desenvolvimento de outras competências essenciais ao desempenho do EESIP, uma vez que para a sua realização foi necessária análise, reflexão, adequação, discernimento, consciência crítica, comunicação, estabelecimento de parcerias, criatividade, mobilização de conhecimentos e de fundamentação (assente em resultados de investigação válida), que sustentaram a tomada de decisão face às adversidades ocorridas, quer aquando da detecção de necessidades para a construção do respectivo diagnóstico de situação, do planeamento ou das intervenções efectuadas.

O EESIP deve manter uma postura e intervenção pró-activa no seu campo de intervenção. Segundo o referencial teórico desenvolvido por Benner (2001, p. 294) “*a enfermeira perita já não se apoia sobre o princípio analítico...para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado...compreende...de maneira intuitiva cada*

situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis.”

A comunicação e partilha são essenciais a todo o processo de análise e reflexão na e sobre a acção, facto que permitirá o crescimento e desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Neste seguimento, realizei os procedimentos necessários para a publicação de uma reflexão e análise de práticas, tecida ao longo do estágio no Serviço de Urgência do HSF, denominado “*A Experiência de Poder Ajudar a Viver uma Situação de Transição em Contexto de Urgência Pediátrica*”, enviado para a Revista Nursing a 14 de Dezembro, que aguarda publicação (Anexo XII).

A escrita do artigo foi um grande desafio, de análise, de introspecção e reflexão, sobre muitas coisas. Pequenas, grandes coisas, como o amor, a dor, o sofrimento, a autonomia, a revolta, o difícil e exigente papel que os pais desenvolvem na ajuda e capacitação dos seus filhos. Coisas tão importantes na história da vida...coisas que nos fazem crescer!

2.3. A VULNERABILIDADE DO RN/PAIS APÓS O NASCIMENTO

O outro estágio referente ao Módulo III foi desenvolvido na Unidade de Neonatologia do HFF. A duração do estágio foi de noventa horas, realizadas entre 25 de Outubro a 19 de Novembro de 2010.

A Neonatologia do HFF encontra-se situada no piso 2, da Torre Amadora. Esta unidade é constituída por quatro salas assistenciais: sala de Cuidados Intensivos Neonatais, sala de Cuidados Especiais Neonatais, sala de Cuidados Intensivos Pediátricos e sala de Cuidados Especiais Pediátricos. Na sala de Cuidados Especiais Neonatais, podemos encontrar 20 postos de internamento, dos quais, 12 são berços e 8 são incubadoras.

Na sala de Cuidados Intensivos Neonatais, existem 6 incubadoras com postos de ventilação, onde se encontram dois a três enfermeiros por turno a exercer funções.

Os pais têm ao seu dispor, uma sala de espera/pausa, uma sala com cacifos, onde podem guardar os seus pertences e um cantinho de amamentação. Estes podem permanecer juntos dos seus bebés, 24 horas por dia, embora nas salas de neonatais eles são desencorajados a permanecer durante a noite, por falta de condições físicas e também para os incentivar a descansar.

Inserido no Projecto de Seguimento Pós alta (SAP), um enfermeiro procede a um telefonema nas 24 horas após a alta, com o objectivo de se aperceber da adaptação do bebé e dos seus pais, no domicílio. Para o efeito, existe um guião de entrevista com um *score* que consoante as respostas dos pais, gera um valor que ditará a intervenção a seguir: novo contacto telefónico, visita domiciliária, ou alta.

A Unidade recebe utentes provenientes preferencialmente, da abrangência do Hospital: concelho da Amadora e concelho de Sintra; mas poderá receber de outros pontos do país, desde que o local do parto seja o Hospital. Eventualmente, pode receber algum bebé transferido de outro hospital, por necessidade de vaga.

A escolha deste local foi efectuada com base na filosofia de cuidados subjacente à prática de enfermagem, que tive oportunidade de conhecer no decorrer do meu percurso académico enquanto estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

De acordo com a enfermeira orientadora, os principais motivos de internamento dos RN são: sucção não eficaz, instabilidade térmica, hiperbilirrubinémia, sinais de dificuldade respiratória e taquipneia.

Os pais acompanham os seus filhos de forma contínua. São integrados na equipa de cuidados, constituindo-se como parceiros desde o primeiro contacto. O planeamento dos cuidados e a sua realização são estabelecidos de acordo com as necessidades do RN e pais. A promoção da vinculação precoce entre pais/RN, a comunicação, o ensino e a aprendizagem de habilidades inerentes ao desempenho de um papel parental adequado são uma realidade nesta Unidade.

Na Unidade de Neonatologia e na sequência da temática transversal, procurei seguir a transição para a parentalidade, assumindo este apoio aos pais como pilar fundamental no desenvolvimento emocional dos bebés, e simultaneamente como uma

responsabilidade e uma prioridade no que concerne às intervenções de enfermagem, que visam apoiar de uma forma especializada o início da vida que, neste contexto, se apresenta particularmente vulnerável.

A presença de uma malformação congénita ou de uma imaturidade resultante de um nascimento precoce, podem condicionar gravemente a adaptação do bebé ao novo ambiente, o que implica, por um lado, uma separação precoce que pode atrasar o estabelecimento ou efectivação de uma relação precoce entre pais e filho, e por outro lado, uma adaptação prematura dos pais ao seu novo papel (Magão, 2007).

Foi estabelecido o seguinte objectivo:

- Colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados especializados ao RN internado, de forma a promover as competências associadas a um eficaz exercício do papel parental.

Devido à minha inexperiência no cuidado ao RN prematuro, senti necessidade de pesquisar e reflectir. Foi importante aprofundar competências baseadas na organização de procedimentos, respeitando o ritmo e evitando o cansaço do RN prematuro. Estas actividades foram oportunidades que contribuíram para manter de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

Constatei que havia um grande interesse da parte dos enfermeiros na manutenção e promoção da vinculação entre RN/mãe, realizado através do incentivo à amamentação e do acompanhamento permanente do bebé por parte da mãe.

A preparação de sessões para pais, que na literatura surge indicada como uma estratégia importante na ajuda e no apoio para os pais de RN pré-termo, não coadunava face ao contexto do serviço e especificidade da população assistida. De acordo com a avaliação efectuada, o apoio individual surge como a estratégia mais adequada, visto a taxa de ocupação ser reduzida e o período de hospitalização dos RN ser breve.

Como futura EESIP, compete-me desenvolver cuidados à criança de forma holística, utilizando conhecimentos avançados em saúde infantil e pediatria, pelo que a estratégia

utilizada baseou-se na ajuda aos pais para realizarem cuidados ao RN, reconhecendo simultaneamente as suas competências. Neste sentido, empenhei-me em utilizar estratégias para promover o contacto físico pais/RN, promover a amamentação (OE, 2010), promover momentos eficazes de esclarecimento aos pais e promover as suas competências parentais, que me permitiram demonstrar capacidades de tomar iniciativas na interpretação e resolução de problemas inerentes às dificuldades dos pais no cuidado ao RN. O desenvolvimento destas estratégias exigiu, da minha parte, o aperfeiçoamento de capacidades de utilização de técnicas de comunicação com os pais, pois a comunicação é uma parcela essencial do cuidar em enfermagem.

As estratégias realizadas junto dos pais, fê-los sentir mais aptos a desenvolver competências para cuidar do seu filho. A aquisição de competências por sua vez, origina maior confiança, a qual proporciona uma diminuição da ansiedade sentida inicialmente.

Estes momentos de orientação foram desenvolvidos de forma sistemática, facultando informação e demonstrando os cuidados numa primeira abordagem, pois o estudo efectuado por Ângelo (2002), demonstrou que os pais sentem grande necessidade de adquirir informação e capacidade de prestar cuidados ao RN, durante o internamento deste. De seguida, era efectuado o planeamento com os pais, definindo-se informalmente os cuidados a desenvolver por estes e pelos enfermeiros, de forma articulada e complementar.

O planeamento foi sendo adaptado de acordo com a segurança demonstrada pelos pais durante a prestação de cuidados, pois segundo Brazelton (2007), todas as actividades que promovam o conhecimento dos pais e a interacção com o bebé, são contributos para o fortalecimento dos laços afectivos, sendo que este mesmo autor refere que, a adequação dos cuidados dos pais face às necessidades dos filhos reforça o seu sentimento de competência. Deste modo, considerou-se uma estratégia eficaz para a minimização dos sentimentos de ansiedade, que me permitiu desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz ao RN/pais.

As relações familiares devem ser pautadas por uma educação para a autonomia, para os afectos, educar para o que vale a pena – os valores –, função que se pode encarar como uma rude tarefa que exige dos pais muito esforço, dedicação e aprendizagem. A

vinculação e a relação precoce, nos primeiros tempos de vida desta maternidade e paternidade, assumem um valor incalculável e intemporal.

Intervir perante as dificuldades (falta de informação, ansiedade) dos pais no cuidar da criança para que se possa promover uma melhor adaptação aos seus novos papéis e desenvolver as competências parentais necessárias, assume assim, um extraordinário preciosismo.

Ao longo das quatro semanas desenvolvi cuidados à criança de forma holística, utilizando conhecimentos avançados em saúde infantil e pediatria, pelo que a estratégia utilizada se baseou na ajuda aos pais para realizarem cuidados ao RN, reconhecendo simultaneamente as suas competências. Neste sentido, promovi momentos de esclarecimento aos pais, através do diálogo, promovendo as suas competências parentais, a relação terapêutica e deste forma, minimizar a ansiedade. Permitiu demonstrar capacidades de tomar iniciativas na interpretação e resolução de problemas inerentes às suas dificuldades no cuidado ao RN e ainda, analisar situações complexas da dinâmica familiar no âmbito dos cuidados promotores do desenvolvimento do RN. Estas actividades promoveram a capacitação da família para adopção de estratégias de *coping* e de adaptação (OE, 2010).

Tive ainda oportunidade de demonstrar conhecimentos em saúde infantil e pediatria e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração as diferentes perspectivas dos pais sobre os problemas dos seus filhos. A pesquisa por sua vez, permitiu-me gerir e interpretar de forma adequada, a informação inicial, experiência profissional, de vida e formação pós-graduada. Através do ganho e aplicação destas competências, consegui usar uma estratégia passível de desenvolver com grande empenho, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pois *“a relação promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel”* (OE, 2001, p.8).

Após a promoção destes momentos de formação, de promoção da saúde, de aprendizagem, de ajuda na aquisição de competências associadas a um exercício do papel parental adequado, bem como elevação dos níveis de auto-estima (efectuado

através do reforço positivo estrategicamente promovido ao longo das sessões de esclarecimento), os benefícios em saúde foram uma realidade, como se pode constatar na aplicação prática dessas competências na diminuição da ansiedade e ganho de confiança.

Ao longo do estágio foi identificada a necessidade de formação na área do ruído, e consequente diagnóstico de situação, tendo sido mobilizadas distintas estratégias e intervenções: a observação, a prestação de cuidados e a análise crítica do contexto de produção de cuidados, a reflexão com os profissionais e com pais de RN hospitalizados, a revisão bibliográfica e como não poderia deixar de ser, a reflexão proveniente da formação pós-graduada. Ao longo da minha vida académica e essencialmente na pesquisa bibliográfica realizada ao longo da especialidade, é notória a preocupação crescente com a problemática do ruído nos primeiros dias de vida. Segundo a enfermeira chefe e segundo o que constatei, o ruído evitável estava, sem dúvida, presente ao longo dos turnos. Por não haver formação há bastante tempo nesta temática, haver enfermeiros novos no serviço e reconhecer a importância desta problemática numa UCIN, aprofundei esta área.

De acordo com o artigo 89º do Código Deontológico do Enfermeiro (2009), *“o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados e isso implica o dever de contribuir para que o ambiente seja propício ao desenvolvimento e bem-estar da pessoa, sendo esta o foco da acção e da atenção holística que lhe é dedicada, respeitando a sua individualidade face aos outros”*.

A tecnologia tem vindo a desenvolver-se diariamente no intuito de viabilizar melhorias nas diferentes áreas de prestação de serviços. A evolução tecnológica na área da saúde tem o objectivo de promover o bem-estar. No entanto, o desenvolvimento de diversos equipamentos para as necessidades imediatas, constitui uma fonte geradora de sons e ruídos. No meio hospitalar existem unidades que, dependendo da natureza dos cuidados prestados, são dotadas de diversos equipamentos e profissionais que aumentam o nível sonoro do ambiente. Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), RN estão expostos a um nível sonoro muito elevado em decorrência dos equipamentos (Afonso e Dias, 2001).

Assim, é necessário que as intervenções realizadas aos RN tenham também em consideração o ambiente da Unidade, devido às reacções e ao próprio desenvolvimento dos RN, que são prejudicados em função da sobrecarga de estímulos presentes na Unidade, com ruído ambiental intenso, excesso de luminosidade e grande número de procedimentos, sendo relevante promover um ambiente mais favorável ao desenvolvimento destes seres tão vulneráveis. Torna-se assim relevante a formação e sensibilização contínua dos profissionais face a esta problemática (Scochi et al, 2001).

Foi delimitado como objectivo:

- Desenvolver competências para a assistência de enfermagem ao RN/família, com vista à promoção do bem-estar e desenvolvimento saudável do RN, na área do ruído.

As questões que surgiram inicialmente foram: quantos decibéis estão presentes nesta UCIN ao longo das 24 horas e quantos decibéis toleram os neonatos. De forma a dar resposta à primeira questão, entrei em contacto com sete empresas de avaliação de ruído e apenas obtive resposta de três. Após muitos esforços, telefonemas e reuniões, de forma a tentar estabelecer algum tipo de parceria, não obtive respostas positivas. As três empresas enviaram os orçamentos, que foram entregues à enfermeira chefe. Contudo, no último dia de estágio tive conhecimento de uma pessoa que disponibiliza o sonómetro para a realização da avaliação do ruído na UCIN (Anexo XIII). Por limitações de tempo, não me foi possível desenvolver o estudo. Contudo, em parceria com uma enfermeira da UCIN, num futuro próximo, iremos realizar o estudo e finalizar o Projecto iniciado durante o estágio.

Em paralelo, foi desenvolvida revisão da literatura sobre o ruído na UCIN e realizada uma acção de formação intitulada: “O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais”. Foi apresentada inicialmente uma contextualização histórica da temática, seguida dos danos provocados nos RN, apresentadas as acções de enfermagem que mais ruído causam e finalmente foi feita a sensibilização dos enfermeiros para a mudança. A metodologia participativa permitiu ao grupo relaxar e entrar na sessão e no seu espírito. Criou um clima de proximidade, de partilha que é essencial para a reflexão e análise das práticas, como foi referido pelos enfermeiros na avaliação realizada no final da sessão

Foi realizada a divulgação da sessão, o planeamento da sessão e a avaliação da sessão. (Anexo XIV).

Foram realizadas duas sessões em horários distintos, uma no final do turno da manhã e outra no final do turno na tarde, para que um maior número de enfermeiros pudessem participar.

Foi promovida assim a reflexão sobre a prática, junto dos enfermeiros e construído um dossiê de fácil acesso, que contém um trabalho escrito, acção de formação e toda a bibliografia consultada.

A revisão bibliográfica exigiu tempo, disponibilidade, concentração, procura e identificação de documentos de referência, uma vez que o estudo e reflexão sobre esta temática ainda não tinha ocorrido no meu percurso profissional. Por a formação ser um processo muito gratificante e enriquecedor, aprofundar conhecimentos nesta área foi desde logo uma das necessidades identificadas e que procurei responder. O rigor, a parceria, a reflexão e a partilha multiprofissional estiveram presentes ao longo da pesquisa e da formação. Foi desenvolvido um trabalho, de modo a sistematizar toda a bibliografia pesquisada e deixar no serviço junto da restante informação (Anexo XV).

Neste seguimento e de forma a divulgar a informação, foi realizado um artigo denominado: “A Minimização do Ruído como um Cuidado Desenvolvimental nas Unidades de Neonatologia”, enviado para a Revista *Nursing* a 21 de Fevereiro de 2011, que aguarda publicação (Anexo XVI).

Face à elevada exigência, actualmente a formação do EESIP, por um lado, promove o desenvolvimento e aprofundamento de competências científicas, técnicas e humanas, e simultaneamente contribui para o desenvolvimento de uma forte consciência ética, relativa a si, aos outros e ao próprio mundo, que promove a capacidade de reflexão, decisão e acção. Este conjunto de competências capacitaram-me de forma a desenvolver uma acção de formação mais rica, sustentada e direccionada para o RN/família.

Em suma, foram mobilizados diferentes níveis de saber no sentido de alcançar competências específicas, demonstrando autonomia na tomada de decisão no exercício profissional. Por outro lado, demonstrei ser responsável nas diferentes áreas de

actuação, pois o EESIP “*possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção*” (OE, 2009, p.10).

2.4. A HOSPITALIZAÇÃO NA IDADE PEDIÁTRICA

O Serviço de Internamento de Pediatria do HSFX encontra-se situado no piso 2 do Edifício Materno-Infantil. É composto por cinco quartos que variam entre uma a duas camas. Destes quartos, três são de isolamento e dois são compostos por quatro berços para RN. Tem ainda uma sala de tratamentos, onde são realizados todos os procedimentos, uma sala de medicação e uma sala de enfermagem, onde são passadas as ocorrências e realizados os registos de enfermagem.

A duração do estágio no Serviço de Internamento de Pediatria foi de 180 horas, concretizadas entre 22 de Novembro de 2010 e 28 de Janeiro de 2011.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a crianças em várias faixas etárias. Devido à diversidade de idades, foi necessário uma pesquisa aprofundada relativamente à comunicação, de forma a comunicar com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento.

As situações mais frequentes no serviço, centravam-se na aquisição de autonomia alimentar nos RN e bronquiolites. Houve a necessidade de realizar uma revisão da literatura sobre estas alterações, conseguindo desta forma, demonstrar conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.

No Serviço de Internamento, os pais estão expostos a dois tipos de transição, nomeadamente, transição para a parentalidade e transição saúde-doença. A doença da criança constitui uma crise, não só para ela, mas também para toda a sua família. Percepções e sentimentos referentes à possibilidade de morte, geram stress e ansiedade (Zulske et al, 2008).

Através deste diagnóstico de situação estabelecido no início do estágio, procurei sistematicamente oportunidades para trabalhar com a criança/família, no sentido de adopção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2010).

O facto de mostrar disponibilidade para escutar activamente os pais, permitiu-me conhecer as suas potencialidades e dificuldades, retribuindo orientações e respeitando a sua individualidade, de forma a identificarem e utilizarem estratégias de *coping* para ultrapassarem as suas dificuldades e toda a situação difícil que envolve o internamento do seu filho. Assim, foi possível zelar pelos cuidados à criança de uma forma dinâmica e de entreajuda enfermeiro/pais, pois como refere Gomes-Pedro (2005), é enorme a responsabilidade que hoje recai sobre os profissionais de saúde, nomeadamente no que respeita à sua intervenção pedagógica sobre o garantir de cuidados adequados às necessidades irredutíveis da criança.

Brazelton salienta a importância do profissional reconhecer o sentimento de ansiedade dos pais e actuar como fonte de apoio, sobretudo se for a primeira vez que o casal vive a experiência de “pais”, ao referir que *“se os pais estão angustiados, é importante que o profissional que os apoia esteja disponível enquanto se relaciona com o bebé”* (2007, p. 535). O mesmo autor refere ainda que é importante o cuidado baseado na individualidade de cada pessoa, pois neste apoio prestado pelos profissionais de saúde, tem que se respeitar as opções dos pais se se quiser que o relacionamento com o novo membro da família se faça da melhor forma.

Tive a oportunidade de gerir, interpretar e aplicar informação proveniente da minha experiência profissional (UCP, 2010). Prestei cuidados a duas crianças com alterações neurológicas (paralisia cerebral e AVC), algo muito comum na minha prática diária de cuidados. Transmiti conhecimentos aos enfermeiros do serviço (cuidados na criança com gesso cruropodálico e peça de abdução, posicionamentos a adoptar após cirurgia à anca, cuidados a ter na criança com paralisia cerebral...) e desenvolvi práticas de forma a promover o conforto da criança e a qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do estágio e através das reuniões realizadas com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora na primeira semana de estágio e diálogos com os enfermeiros, consciencializei-me da seguinte problemática:

- a) os registos de enfermagem são efectuados de uma forma desfragmentada no que diz respeito à pessoa e aos diagnósticos de enfermagem efectuados, sendo a sua consulta de difícil compreensão, perdendo-se com facilidade o conhecimento da evolução da situação clínica da criança e sua família;
- b) o tempo dispendido para a concretização dos registos, individualização e actualização do processo é cada vez mais elevado, comparativamente ao tempo de prestação de cuidados à criança e família.

Reconhecendo a importância da utilização da CIPE e adesão por parte dos enfermeiros do serviço, considerei importante aprofundar esta problemática. O trabalho e restante processo foi realizado em parceria com os enfermeiros do serviço. Só assim foi possível conhecer a problemática, envolver os enfermeiros no trabalho realizado e promover a motivação para a mudança, de forma a reflectir na e sobre a prática com a equipa.

A consulta de peritos foi mais uma etapa ao longo do processo. Antes de iniciar o trabalho, reuni-me com o Professor Doutor Abel Paiva, de forma a discutir a metodologia a adoptar neste estudo. Relativamente aos diagnósticos aprofundados, ao longo do estudo foram estabelecidos diálogos com os enfermeiros peritos na área da amamentação e transição para a parentalidade, com o objectivo de encontrar estratégias mais sustentadas. Só neste sentido se conseguem obter mudanças na prática de cuidados, na medida em que é necessário a análise e reflexão crítica sobre as práticas, bem como a presença de líderes com capacidade de mobilizar e decidir. Desenvolvi um Projecto em conjunto com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, de modo a traçar o caminho a percorrer (Anexo XVII).

O objectivo geral traçado para este projecto foi o seguinte:

- Promover a padronização do sistema de registos, utilizado no Serviço de Internamento de Pediatria, de acordo com a linguagem CIPE.

A CIPE é um “*instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais (...)*” (ICN, 2005, p.15).

A necessidade de uma CIPE é motivada por vários factores, incluindo:

- 1) O uso crescente de sistemas de informação computadorizados nos contextos clínicos;
- 2) A tendência para o registo electrónico em saúde;
- 3) A ênfase e necessidade de tecnologias que apoiem a prática baseada na evidência (ICN, 2005).

Os sistemas de informação clínicos têm de captar as variáveis da prática de enfermagem, enquanto relacionam o suporte à decisão com a melhoria nos processos de trabalho, conduzindo a melhores resultados em cuidados de saúde. Os enfermeiros devem participar no desenvolvimento tecnológico, incluindo o desenvolvimento de terminologias de referência, tais como a CIPE.

A revolução na informação está a redefinir os cuidados de saúde. A estrutura e a forma da globalização em saúde constituem um desafio. A enfermagem pode, e deve, pesquisando, discutindo e defendendo diferentes alternativas, tirar partido do potencial de oportunidades. Com a crescente globalização, os enfermeiros devem juntar-se ao nível internacional para dar respostas às necessidades de comunicação e suporte de dados. A CIPE enfatiza a necessidade de uma abordagem unificadora para promover a integração e harmonização de múltiplas terminologias de enfermagem, de diferentes países e idiomas.

A principal razão para a criação de um sistema unificado da linguagem de enfermagem, consiste em conseguir comunicar e comparar dados de enfermagem entre contextos, países e idiomas. O uso da CIPE nas unidades de saúde deve ser usado para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados dos clientes, desenvolver políticas de saúde, e gerar conhecimento pela investigação (CIPE, 2005).

No início foi um grande desafio para mim, não só pela pouca experiência com a CIPE, como também com o sistema informático utilizado no Serviço. Essa foi a primeira etapa a ser ultrapassada, a integração e adaptação aos registos efectuados segundo a CIPE no sistema HCIS. Na primeira semana e à medida que ia efectuando os registos fui-me integrando da real problemática e apercebendo que era necessário uma mudança de

práticas. Através de conversas informais com os enfermeiros do serviço foram definidos os diagnósticos de enfermagem onde havia mais fragmentação na informação.

A verdade é que todos os enfermeiros confirmavam esta fragmentação, mas nada havia que o comprovasse. Como tal, considerei fundamental investigar e argumentar que este problema é real, de forma a puder avançar de uma forma sustentada.

Realizei um trabalho que serviu como base para as restantes etapas e que comprovou a problemática mencionada pelos enfermeiros (Anexo XVIII).

Os resultados obtidos através do trabalho realizado, foram ao encontro da problemática descrita inicialmente. A desfragmentação dos registos de enfermagem está patente nos diagnósticos e intervenções analisadas, como se pode constatar através dos resultados.

Ao longo de toda a reunião estava presente a discussão. Notou-se o interesse e motivação dos enfermeiros em mudar para melhor. Através das sugestões propostas e discussão, chegou-se finalmente a algumas conclusões, nomeadamente no diagnóstico *amamentação comprometida*, seleccionar como intervenção: *Supervisionar amamentação* e *Vigiar refeição*. Por outro lado, colocou-se a questão de que diagnóstico levantar na alimentação caso a mãe não queira amamentar. Após diálogo com os colegas e várias sugestões, optou-se por adoptar o diagnóstico: *potencial para o desenvolvimento da capacidade para se alimentar comprometido*. No que se refere à intervenção *Promover o envolvimento da família*, concluiu-se que informações sobre permanência dos pais e autonomia dos mesmos deveriam ser colocadas nesta intervenção. Contudo, os ensinamentos não deveriam estar aqui contemplados, devendo-se levantar outros diagnósticos relativos especificamente aos ensinamentos. Este diagnóstico permitiu dar continuidade ao tema transversal adoptado ao longo dos campos de estágio. O resultado obtido promove a realização de registos mais uniformes e que facilitam a continuidade do acompanhamento dos pais e ensinamentos realizados.

Foi realizada acção de formação dirigida aos enfermeiros, de forma a apresentar os resultados obtidos. A reunião foi após uma reunião de serviço marcada pela enfermeira chefe, de forma a abranger o maior número de enfermeiros (Anexo XIX).

Para a formação, foi exposta informação na sala de enfermagem a divulgar, realizado plano da sessão. A avaliação da sessão foi realizada após o término da mesma, por

escrito e de forma anónima. No entanto, importa referir que todos os participantes verbalizaram de imediato que a sessão e os seus conteúdos tinham sido pertinentes e que a metodologia adoptada tinha sido conduzida de forma muito interessante.

Por último, no diagnóstico *Limpeza das vias aéreas comprometida*, foi sugerido a opção de *Vigiar a respiração*, onde se colocaria toda a informação relativa a esta Actividade de Vida Diária (AVD) na caixa de texto respectiva. Contudo, este diagnóstico foi o que gerou mais discussão e não foi possível chegar a consenso (Anexo XX).

Após a formação, realizei uma Folha de Harmonização de Registos. Esta folha é objectivo final de todo este estudo. Foi apresentada à enfermeira chefe e elementos da equipa e após a aprovação, foi colocada na Sala de Enfermagem. Tem como objectivo uniformizar os registos de enfermagem e facilitar a integração aos novos elementos e estudantes de enfermagem (Anexo XXI).

Considero estas reuniões uma mais valia quer para a qualidade dos cuidados quer para os enfermeiros enquanto equipa. Sugiro que haja uma continuidade no desenvolvimento de trabalhos acerca desta problemática com os enfermeiros do serviço ou futuros estudantes da especialidade. Estes momentos de partilha e reflexão são essenciais para o crescimento e desenvolvimento, e consequentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados, pelo que jamais deverão ser abandonados.

O trabalho e todo o processo realizado contribuíram para a promoção e aplicação de competências do EESIP, nomeadamente, a reflexão na e sobre a prática, de uma forma crítica e promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço. Neste seguimento, é importante concluir que foram atingidos os objectivos traçados inicialmente com sucesso.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enquadramento justificativo da temática apresentado, bem como o diagnóstico de situação efectuado e fundamentado, conduziu a tomada de decisão e a sistematização de todos os projectos/intervenções/actividades implementados, dos quais se destacam:

Realização de consultas de enfermagem de saúde infantil, onde foi possível implementar um plano de cuidados. Este teve sempre como base uma análise profunda da situação de saúde da criança e sua família, no respeito pelas suas crenças e culturas, assente numa parceria, em que a família é reconhecida como uma constante na vida da criança, que é apoiada, respeitada e encorajada a potencializar as suas forças e competências.

As intervenções autónomas de enfermagem realizadas nas consultas de enfermagem de saúde infantil, foram ao encontro das orientações patentes no Programa-Tipo de Actuação, com particular ênfase no apoio e estimulação do papel parental.

A criação de Manual para os Pais: Cuidados ao Bebê no 1º Ano de Vida; os folhetos informativos desenvolvidos: O Banho ao Bebê...Como Fazer?, O seu Bebê está Seguro? O poster realizado: “O Bebê está Seguro no seu Carro?” e o trabalho desenvolvido na área do desenvolvimento infantil, constitui um suporte aos pais dos bebés, que recorrem ao Centro de Saúde de São João do Estoril. Esta informação encontra-se direccionada no sentido das intervenções de enfermagem, no apoio à função parental, assim como nos cuidados inerentes ao desempenho do papel parental, de forma a promover um conhecimento profundo da criança, um desempenho das suas tarefas parentais e um acompanhamento das múltiplas alterações do RN no sentido de promover o seu desenvolvimento.

A sessão de formação destinada aos enfermeiros fomentou a reflexão e formação sobre a assistência de enfermagem ao RN, bem como foi um momento de apresentação de todos os trabalhos por mim desenvolvidos, de forma a dar continuidade aos ensinamentos e à disponibilização da informação.

Por considerar importante para o bom funcionamento das Consultas de Saúde Infantil, desenvolvi um folheto denominado “Informações Úteis”, que contém informações relacionadas com horário dos telefonemas à enfermeira, horário da vacinação e como actuar perante situações de urgência; e um suporte onde se encontravam todos os folhetos desenvolvidos, de forma a concentrar a informação e torná-la mais apelativa.

Foi fomentada a parentalidade na sala de espera e após as consultas, de forma a responder às necessidades de cada família, promover a troca de experiências, a auto-estima e as competências parentais, transformando a adaptação à parentalidade num momento de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e familiar.

Na Unidade de Neonatologia, foram desenvolvidas estratégias que ajudaram os pais a desenvolverem competências necessárias ao exercício do seu papel. Tal só foi possível, face ao conhecimento profundo da pessoa – criança e família, dos processos de vida e problemas de saúde e do desenvolvimento e aprofundamento de competências científicas, técnicas e humanas especializadas. Foi necessária disponibilidade, flexibilidade, adaptabilidade, respeito, criatividade, mobilização de conhecimentos e distintas estratégias de comunicação e de tomada de decisão.

A acção de formação intitulada “O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais”, destinada aos enfermeiros do serviço, fomentou a reflexão e formação sobre a assistência de enfermagem ao RN, bem como a sensibilização para as consequências do ruído na saúde do neonato.

Na Urgência Pediátrica foram desenvolvidos diários de aprendizagem. A construção, a implementação e a avaliação constante dos diários de aprendizagem, exigiu competências científicas, técnicas e humanas, e simultaneamente uma forte consciência ética, promotora da capacidade de reflexão, decisão e acção. Foram necessários conhecimentos profundos, mas também a capacidade de os integrar e aplicar em situações complexas e concretas, metodologia, criatividade, capacidade de comunicação, reflexão na e sobre a prática face aos problemas da prática profissional, assegurando-se a qualidade, bem como o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

No Serviço de Internamento de Pediatria, intervi junto e com pais, apoiando-os na transição para a parentalidade e saúde-doença, e desse modo promovendo uma ligação forte, segura, consistente e adequada entre os pais e os seus filhos. Procurei capacitar os pais para exercer adequadamente o seu papel, ajudando-os a tomar consciência das necessidades da criança, a gerir as dificuldades relacionadas directa ou indirectamente com ela e, dando-lhes a noção do processo de desenvolvimento do seu filho e da importância da adequação da interacção entre eles nesse mesmo processo. Este controlo é essencial para que os pais se sintam aptos a desenvolver competências para cuidar do seu filho. A aquisição de competências por sua vez origina maior confiança, a qual proporciona uma diminuição da ansiedade sentida inicialmente.

Desenvolvi um trabalho com o objectivo de fazer um levantamento e análise dos registos de enfermagem efectuados em vários diagnósticos levantados. Após a análise dos dados, houve a confirmação de uma fragmentação nos registos. Neste seguimento, foi realizada uma reunião com os enfermeiros do serviço, de forma a apresentar os resultados do trabalho, sugerir alterações e finalmente, uniformizar os registos de enfermagem.

Com estes momentos de reflexão, no seio da equipa de enfermagem, foi possível desenvolver e aprofundar competências no que respeita à observação, aquisição de conhecimentos, sentido crítico e reflexivo, ao ter oportunidade de abordar questões complexas, ao avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações relacionadas com registos de enfermagem, ao reflectir sobre a prática diária e ao trabalhar na e com a equipa multidisciplinar, colaborando com esta a todos os níveis, algo que o enfermeiro generalista não consegue alcançar.

É muito complicado que um enfermeiro de cuidados gerais mantenha um saber aprofundado e actualizado que lhe possibilite identificar as verdadeiras necessidades em todas as faixas etárias e em todos os ambientes específicos, ou seja, não se cuida da mesma forma uma criança e um idoso.

Assim, é necessário definirem-se campos de intervenções específicos para que enfermeiros especialistas possam aprofundar conhecimentos e adquiram competências

num domínio particular da enfermagem, que tem como efeito uma melhor compreensão da pessoa e dos seus processos de saúde-doença, potenciando ganhos em saúde.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, cabe a capacidade de ter “um olhar” mais profundo sobre a criança/jovem e a sua família, implementando intervenções de enfermagem que promovam, estimulem e facilitem o suporte de projectos de saúde e consequentemente a sua qualidade de vida.

Atendendo ao processo de aquisição/desenvolvimento de competências, pretendeu-se com a realização do Relatório de Estágio, descrever as competências desenvolvidas e aprofundadas ao longo dos quatro serviços onde desenvolvi estágio, bem como a aquisição e mobilização de saberes facilitadores da gestão interprofissional dos cuidados, tendo como finalidade a melhoria da qualidade e a excelência no exercício profissional.

A constante actualização do saber científico nas diferentes áreas inerentes a cada Módulo de Estágio, a prestação de cuidados de enfermagem integrada numa equipa multidisciplinar encontrou-se como ponto fundamental para alcançar a excelência do cuidar. Desta forma, a prestação directa de cuidados e a observação participativa durante os diferentes Módulos, impôs-se como estratégia metodológica na prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível de conhecimentos/habilidades, actuando especificamente junto de crianças/famílias. Foi ainda importante, ter uma postura crítica e reflexiva, no sentido de adaptar os objectivos e actividades planeadas aos diferentes contextos, tendo em conta a população-alvo e as suas necessidades.

Pode-se referir que cumpri o caminho de desenvolvimento profissional, tendo como meta ser enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria, assumindo o compromisso de demonstrar, na prática diária, um nível de perícia na concepção e gestão de cuidados à criança e família, dado o entendimento profundo sobre as respostas das mesmas aos problemas de saúde, desenvolvendo metodologias de elevada adequação às necessidades, que passa pela realização do diagnóstico, execução das intervenções e avaliação da sua eficácia.

É essencial que o enfermeiro assuma uma postura e um exercício profissional responsável, pró-activo, contínuo no processo de desenvolvimento pessoal e da profissão. Concomitantemente, o agir e a tomada de decisão devem centrar-se na facilitação das transições, ajudando os pais na aquisição de competências associadas a um adequado exercício do papel parental ao longo do ciclo de vida, quer na transição para a parentalidade, quer aquando da ocorrência de um estado de doença que implique recorrer a um serviço de urgência e se verifique uma situação de hospitalização.

Como sugestão e de forma a dar continuidade aos projectos desenvolvidos, pretendo deixar claro que a actuação do enfermeiro especialista deve incidir na implementação de programas estruturados de formação e treino de competências parentais, que ajudem os pais na aprendizagem de novas competências associadas a resultados positivos no desempenho da função parental. A criação de contextos de cuidados que incidam sobre toda a unidade familiar, será uma estratégia que fomentará a oportunidade de aquisição e de desenvolvimento de competências parentais numa procura permanente da excelência do exercício e de proficiência na obtenção de ganhos em saúde.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, José e Dias, Marciana. 2001. A intensidade sonora e o meio hospitalar. *TecnoHospital - Revista de Instalações e Equipamentos de Saúde*. 2001, Vol. Nº8.

Ângelo, Margareth. 2002. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. *Revista Latino-americana*. Vol. 10 (1), p. 48-54.

Benner, Patricia. 2001. De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra : Quarteto Editora, 2001, p. 294.

Biscaia, Jorge. 2007. A criança no mundo actual. Um problema bioético. *Revista Portuguesa de Bioética - Cadernos de Bioética*. Nº 2, Ano XVIII/44, p. 187-194.

Biscaia, Jorge. 2003. Perder para Encontrar. Coimbra : Gráfica de Coimbra; ISBN: 972-063-292-X, 2003, p. 235.

Brazelton, Berry. 2007. O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 10ª edição. Barcarena: Editorial Presença, p. 535.

Casey, Anne. 1995. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. p. 1058-1062.

Chick, Norma e Meleis, Afaf Ibrahim. 1986. Transitions: a nursing concern. *Nursing research methodology*. s.l. : Aspen Publications, pp. 237-257.

Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 4, Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde. Jacarta - República da Indonésia, 1997.

Coutinho, Maria Teresa. 2004. Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*. Nº 1 (XXII) Jan./Mar., p. 55-64.

Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. 2001. *Alguns contributos para a reflexão sobre orientação de estudantes em ensino clínico*. Lisboa.

International Council of Nurses. 2005. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1.0.

Gomes-Pedro, João. 2005. *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins : Publicações Europa-América.

Hesbeen, Walter. 2000. *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures : Lusociência; ISBN: 972-8383-11-8, 2000.

Hockenberry, Marilyn. 2006. Hockenberry Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Eliser : 7ª edição, p. 1303. ISBN: 85-352-1918-8.

Lourenço, Silvia e Afonso, Henrique. 2008. Nascimento do 1º filho e alterações familiares. *Revista Nursing*, Vol. A.20, nº 238, p. 22-28.

Magão, Teresa. 2007. Ser mãe de recém-nascido prematuro: vivência do processo de transição para a maternidade. *Aprendendo o Cuidado de Enfermagem: entre a prática e a escrita, a construção da competência clínica*. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, p. 73-90.

Marques, Sara. 2007. *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. FORMASAU, Coimbra. ISBN: 972-8485-78-6.

Martins, Pires. 2001. Pais de crianças com diabetes insulino-dependentes. *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa : 1ª edição: ISPA.

Meleis, Afaf Ibrahim. et al. 2000. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. Vol. 23, nº 1. p. 12-28.

Meleis, Afaf Ibrahim. 2005. *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia : 3ª edição. : Lippincott Williams & Wilkins.

Murphy, Shirley. 1990. Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*. Vol.4, nº3, p. 1-7.

Oliveira, Rui. 1994. Transformar o impossível - contributo para o estudo dos factores psicológicos dos doentes hemipérgicos vítimas de acidente vascular cerebral.

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

OMS. 2005. *Relatório Mundial da Saúde: para que todas as mães e crianças contem .*

Ordem dos Enfermeiros - Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Lisboa : Edição da Ordem dos Enfermeiros, 2002. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros - Projecto de Regulamento: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. 2010.

Ordem dos Enfermeiros - Código Deontológico do Enfermeiro. Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

Ordem dos Enfermeiros - Investigação em Enfermagem: tomada de posição. [Online] 2006. [Citação: 3 de Março de 2010.] http://www.ordemenfermeiros.pt/imagens/contents/uploaded/File/sededestaques/OE_InvestigEnfermPosCDTomadasdePosicao2606.pdf.

Ordem dos Enfermeiros - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. [Online] Dezembro de 2009. [Citação: 3 de Março de 2010.] <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>.

Palmer, Anne. 1997. Reflective practice in Nursing the growth of the professional practitioner. s.l. : Oxford: Blackwell Publications, p. 39.

Pires e Martins. 2001. Pais de crianças com diabetes insulino-dependentes . *Crianças (e pais) em risco.* Lisboa: ISPA : 1ª edição.

Portugal. 2002. Direcção Geral da Saúde. *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa - Tipo de Actuação.* Lisboa: DGS, Orientações Técnicas, 12, p. 44. ISBN: 972-675-084-9

Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 437/91, nº 3, alinea a), de 8 de Novembro – Regime Legal da Carreira de Enfermagem (competências do enfermeiro especialista).

Portugal. 2004. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos: orientações estratégicas: Prioridades*. Vol. II. p. 88. ISBN: 972-675-109-8,

Portugal. 2008. Direcção-Geral de Saúde - Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente. *Hospital de Dia Pediátrico*.

Rodrigues, Joana. 2009 (Re) *Nascer - O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria: da transição ao papel parental*. Lisboa. 2009. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Silva, Abel Paiva. 2007. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Jan.-Abr. p. 11-20. ISBN: 0871-2379.

Thompson, Brent. 2006. Early identification and interventions for children at risk for learning disabilities. *Journal of Special Education*, Vol. 21 (3), 108-119.

UNICEF. 1989. A convenção sobre os direitos da criança. [Online] [Citação: 25 de Maio de 2010.] http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

Universidade Católica Portuguesa, Mestrado de Enfermagem de Natureza Profissional: Regulamento Geral. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde, Escola Superior Politécnica de Saúde Enfermagem, 2010.

Zulske, Débora et al. 2008. Percepções de acompanhantes diante da hospitalização infantil. *Nursing*. p. 132-136, 2008, Vols. Vol. 10, nº 118.

ANEXOS

Anexo I

- Reflexão sobre a prática -

Reflexão

(23/04/2010)

Nos dias 19, 20 e 21 de Março tive a oportunidade de iniciar o Módulo I do estágio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria nas Consultas Externas de Pediatria do Hospital Amadora-Sintra.

As minhas expectativas para este estágio não eram muito elevadas, pois quando me referiram “estágio de observação em consulta” me imaginei três dias sentada numa cadeira a observar como se fazia uma consulta de enfermagem de pediatria.

À chegada, fui recebida por uma enfermeira, que me apresentou as infra-estruturas do hospital e me explicou o funcionamento de alguns serviços, até que chegámos às consultas de pediatria. Fui recebida pela enfermeira chefe, que me apresentou o serviço, as colegas e o funcionamento. A partir dessa altura fiquei acompanhada por uma enfermeira especialista.

Foram três dias em que observei e aprendi muito. Qual não foi o meu espanto, quando me apercebi que aquele serviço não era literalmente “consultas de enfermagem”, mas também abrangia uma sala de consulta pós cirurgia, uma sala de triagem e um hospital de dia.

Na sala de consulta pós-cirurgia, observei a realização de vários pensos a locais de cirurgia mais frequentes na criança, onde esclareci várias dúvidas que nunca antes me tinham surgido.

Na triagem era avaliado o perímetro cefálico da criança, era pesada e eram feitos bastantes ensinamentos.

O hospital de dia foi o local que mais me fascinou. Ao longo da minha prática, nunca outrora tinha tido a oportunidade de conhecer o funcionamento e dinâmica de um hospital de dia e sem dúvida, é fantástico a mais valia e o contributo que um serviço deste é num hospital. Vários procedimentos que anteriormente necessitavam de internamento, em duas horas se fazem no hospital de dia, o que para as crianças é ótimo.

Tive a oportunidade de observar vários procedimentos, nomeadamente administração de imunoglobina endovenosa e subcutânea, administração de vacinas para as alergias, testes de intolerância à lactose, entre outros procedimentos que conhecia a teoria, mas nunca tinha observado.

A decoração do serviço estava muito bem conseguida, com desenhos em todos os corredores e salas. A preocupação no reforço positivo após cada procedimento e a entrega de diplomas de bom comportamento estavam presentes no serviço, o que demonstra o carinho com que as crianças eram tratadas naquele local.

Estes três dias, ao contrário das minhas expectativas foram muito gratificantes e possibilitaram-me a aprendizagem a muitos níveis. Sem dúvida que foi uma mais valia para os estágios que se seguem, contribuindo para um aumento de competências teórico-práticas para continuarmos a nossa caminhada.

Importa referir que a intervenção do enfermeiro exige disponibilidade, humanidade, uma abertura profunda de dar e se abrir ao outro, estar com, características que se revelam como passos de gigante no processo de ajuda ao outro, de descoberta e de encontro – fundamentos de uma relação interpessoal.

Nesta relação, o enfermeiro conhece a criança, a família, a forma como vivem e encaram os processos de saúde e doença, as suas forças, os seus recursos, de forma a estimular a sua autonomia, para que sejam elemento activo da sua saúde, para que sejam capazes e responsáveis. Esta é uma tarefa nem sempre fácil, mas essencial na assistência e acompanhamento de pais e crianças com uma doença crónica.

A observação participante e a reflexão crítica sobre histórias de vida, histórias de famílias que nos levam a percorrer caminhos de sofrimento e de competências de pais e filhos com uma doença crónica foi uma realidade. Esta foi a estratégia desenvolvida para aprofundar conhecimentos, analisar as práticas de cuidados, numa perspectiva de mudança, assegurando a qualidade, bem como o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Anexo II

Manual para os pais:
Cuidados ao bebé no 1º ano de vida

MANUAL PARA OS PAIS

Cuidados ao Bebê no 1º Ano de Vida

Centro de Saúde do Estoril



Alimentação

Uma boa alimentação é fundamental ao desenvolvimento físico e intelectual da criança

- ◊ Prefira o aleitamento materno, uma vez que é o melhor alimento para o seu bebé nos primeiros meses da sua vida.
- ◊ Algumas horas antes do parto, e por vezes, mesmo antes, o peito começa a fabricar um leite especial, o colostro, muito rico em proteínas e anticorpos que protege o recém-nascido contra as infeções. É produzido em quantidade limitada, mas contém tudo o que o seu filho necessita.
- ◊ Amamentar contribui não só para a saúde do seu bebé, mas também para a sua saúde, apresentando muitas vantagens:
 - É o alimento ideal para o seu filho;
 - Previne doenças tanto para o bebé como na mãe;
 - Potencia a relação psicoafectiva;
 - Ajuda a mãe a perder peso acumulado durante a gravidez;
 - As hormonas do leite fazem com que a mãe se sinta mais relaxada;
 - Contraí o útero mais rapidamente;
 - Além de alimento, o bebé sente segurança;
 - Contribui para o vínculo mãe-bebé;
 - Contém a água suficiente que a criança precisa.
 - Está sempre disponível e à temperatura ideal.



Idades	Vacinas e respectivas doenças
0 nascimento	BCG (Tuberculose) VHB – 1. ^a dose (Hepatite B)
2 meses	VIP – 1. ^a dose (Poliomielite) DTPa – 1. ^a dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 1. ^a dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) VHB – 2. ^a dose
3 meses	MenC - 1. ^a dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo)
4 meses	VIP – 2. ^a dose DTPa – 2. ^a dose Hib – 2. ^a dose
5 meses	MenC - 2. ^a dose
6 meses	VIP – 3. ^a dose DTPa – 3. ^a dose Hib – 3. ^a dose VHB – 3. ^a dose
15 meses	VASPR – 1. ^a dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola) MenC - 3. ^a dose
18 meses	DTPa – 4. ^a dose Hib – 4. ^a dose
5-6 anos	VIP – 4. ^a dose DTPa – 5. ^a dose VASPR – 2. ^a dose
10-13 anos	Td (tétano e difteria) VHB – 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a doses (Hepatite B) - aplicável apenas aos nascidos antes de 1999, não vacinados, segundo o esquema 0, 1 e 6 meses HPV - 1. ^a , 2. ^a e 3. ^a doses (Infecções por Vírus do Papilloma Humano)
10/10 anos	Td

Diversificação Alimentar

A partir dos 4 meses, pode introduzir outros alimentos. A ordem da introdução não é rígida, sendo que o regime alimentar deve ser adaptado a cada criança e segundo indicação do pediatra e enfermeiro.

☞ A partir dos 4 meses, substituir uma refeição de leite por:

- Papa sem glúten (de preferência não láctea);
- As papas não lácteas deverão ser preparadas com o leite que o bebé está a tomar;
- A papa deve ser preparada no prato e oferecida à colher 1 vez dia;
- As papas lácteas ou de leite adaptado, devem ser preparadas só com água.



1.^a sopa → batata + cenoura



☞ 1 a 2 semanas mais tarde, substituir outra refeição de leite por uma sopa de legumes.



- Os legumes são triturados e reduzidos a puré;
- Deverá introduzir um legume novo em cada semana (alface, abóbora, agrião, alho francês, feijão verde, brócolos, couve flor);
- **Não adicionar** sal no 1.^o ano de vida;
- **Não dar** espinafres, nabo, beterraba, tomate, leguminosas e cebola;
- Não adicionar açúcar, mel e condimentos aos alimentos;

☞ 1 semana mais tarde, dar como sobremesa:

Fruta crua, cozida / assada, ralada ou esmagada (maça, pêra e banana).



Aos 5 meses, introduzir:

- Carne (20gr/refeição – 1 colher de sopa de carne picada);
- Iniciar pelas carnes magras (frango, peru), continuando a introdução com borrego, vaca, coelho.



Aos 6 meses pode iniciar a introdução de:

- Papas com glúten;
- Outras frutas (uvas e ameixas).



Aos 8 meses pode introduzir:

- Iogurte natural (ao qual pode acrescentar fruta ralada bem madura);
- Outras frutas (melão, meloa, manga, papaia);
- **Não deve introduzir** citrinos, kiwis, morangos, amoras ou framboesas;
- A criança passa a comer 2 sopas, cujos alimentos devem ser cada vez menos triturados.

Aos 9 / 10 meses pode iniciar a introdução de:

- Peixe (pescada, solha, linguado, maruca) – 20gr / refeição;
- O peixe deverá ser cozido separado da sopa;
- Gema de ovo cozida (começar por dar 1/4, depois metade e mais tarde a gema inteira). Dar no máximo 2 a 3 vezes por semana;
- Pode oferecer queijo (tipo flamengo).



Aos 12 meses:

- Introduzir feijão, grão, ervilhas, lentilhas e citrinos;
- Pode dar um ovo inteiro;
- Introduzir carne de porco magra;
- Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços e separados por sabores (sopa + 2º prato + fruta);



Vacinação

As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de proteção contra certas doenças. Mesmo quando a imunidade não é total, quem está vacinado tem maior capacidade de resistência na eventualidade da doença surgir.

Não basta vacinar-se uma vez para ficar devidamente protegido. Em geral, é preciso receber várias doses da mesma vacina para que esta seja eficaz. Outras vezes é também necessário fazer doses de reforço, nalguns casos ao longo de toda a vida. A vacinação, além da proteção pessoal, traz também benefícios para toda a comunidade, pois quando a maior parte da população está vacinada interrompe-se a transmissão da doença.

O PNV é da responsabilidade do Ministério da Saúde e integra as vacinas consideradas mais importantes para defender a saúde da população portuguesa.

As vacinas que fazem parte do PNV podem ser alteradas de um ano para o outro, em função da adaptação do Programa às necessidades da população, nomeadamente pela integração de novas vacinas.

Risco de Intoxicações

- ☞ Não guarde em casa produtos desnecessários.
- ☞ Mantenha os medicamentos, produtos de limpeza, pesticidas e inseticidas fora do alcance da criança. Guarde-os em armários altos e fechados à chave.
- ☞ Nunca mude quaisquer produtos de uma embalagem para outra, nem os deite em garrafas de bebida.



Risco de Acidente de Automóvel

- 🎵 As crianças devem viajar usando dispositivos próprios, adequados à sua idade e peso, mesmo que o percurso seja curto.
- 🎵 Use só dispositivos aprovados com a etiqueta “E” e cumpra rigorosamente as suas normas de utilização.
- 🎵 Nunca deixe uma criança sozinha no automóvel.

<u>Grupo</u>	<u>Peso</u>	<u>Idade (aprox.)</u>	<u>Posição da cadeira</u>	<u>Lugar</u>
0	Até 10 Kg	Até 1 ano	VT*	BF* ou BT*
0+	Até 13 Kg	Até 18-24	VT*	BF* ou BT*
I	9-18 Kg	1-4 anos	VT* ou VF*	BF* ou BT*
II	15-25 Kg	3-6 anos	VF*	BF* ou BT*
III	22-36 Kg	5 -12 anos	VF*	BF* ou BT*

VT - Voltado para trás; VF - Voltado para a frente;
BF - Banco da Frente (*se não tiver *airbag*); BT – Banco de trás
(Direção-Geral da Saúde)

Cuidados à Pele

Ao nascer, a pele do bebé é suave e delicada. Enquanto está no útero e inclusivamente até algum tempo depois do nascimento, a pele do bebé está protegida por uma película esbranquiçada denominada vernix. Assim que esta substância desaparece, a pele fica exposta ao meio ambiente. É muito importante que a pele do bebé não se danifique e para isso é preciso cuidar dela de modo a protegê-la e a mantê-la suave e saudável.

Como manter sã a pele do bebé

- ☞ Com os problemas cutâneos, mais vale prevenir do que curar. O seu filho nasce com uma pele perfeita e se seguir estes conselhos, ajudará a mantê-la assim:
- Para manter saudável a pele do seu bebé é essencial a limpeza regular. Utilize sempre produtos suaves que sejam adequados para a delicada pele do seu bebé;
- Preste especial atenção às pregas da pele, é importante mantê-las sempre limpas e secas;
- Mantenha a pele do bebé sempre hidratada;
- Tente protegê-la da humidade. Seque bem o bebé depois do banho, mude a fralda sempre que estiver molhada ou suja;
- Reduza a fricção, fundamentalmente na zona da fralda;
- Vista o seu bebé com roupas e tecidos suaves que não o apertem. Não lave a roupa do bebé com detergentes nem sabões muito fortes;
- Proteja a pele do seu bebé do sol e do vento.

A crosta láctea

☞ Muito frequentemente os bebés apresentam crostas amarelas ou esbranquiçadas no couro cabeludo, a que se dá o nome de crostas lácteas.

☞ Para as eliminar irá precisar de:

- Óleo para bebé em emulsão, com água;
- Champô para bebé;
- Compressa ou algodão;
- Escova para bebés.



☺ Cerca de uma hora antes do banho, aplique um pouco de óleo na cabeça do bebé com uma compressa ou algodão, a fim de amolecer as crostas.

☺ Durante o banho lave a cabeça com o champô.

☺ Após o banho, remova as crostas amolecidas com a escova macia do bebé.

☺ Se ainda restarem algumas crostas, deverá repetir o processo da próxima vez que der banho ao bebé.

A hora do banho

☞ Os bebés perdem calor muito rapidamente, por isso, deverá manter quente e sem correntes de ar o local onde lhe vai dar banho. A temperatura da água deverá rondar os 37°C. Certifique-se da temperatura, colocando o cotovelo na banheira, ou com um termómetro.



☞ O banho deve ser uma experiência relaxante, pelo que é importante criar um ambiente tranquilo.

Se se esquecer de alguma coisa, ou se o telefone tocar enquanto lhe está a dar o banho, tire-o da banheira, envolva-o na toalha e leve-o consigo.

Risco de Queimaduras e Ferimentos

→ Não cozinhe com a criança ao colo. Para cozinhar, utilize preferencialmente os bicos detrás do fogão.

→ Evite que o bebé se aproxime do fogão ou do forno quente.

→ Mantenha as pegas dos tachos e frigideiras voltadas para dentro.



→ Verifique sempre a temperatura dos alimentos. Ao dar o biberão, certifique-se da temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso.

→ Se utiliza o microondas para aquecer a sopa ou papa, não se esqueça que esta fica mais quente do que o prato. O aquecimento pode não ser uniforme, mexa bem e verifique a temperatura antes de dar ao bebé.

→ Verifique sempre a temperatura da água do banho.

→ Proteja as lareiras, radiadores e outras fontes de calor.

→ Os objectos cortantes ou pontiagudos (facas, tesouras, canetas, alfinetes) devem estar fora do alcance da criança.

→ Coloque protecção nas esquinas dos móveis, onde consider necessário.

→ Utilize dispositivos de protecção nas gavetas, portas, tomadas e extensões eléctricas.



Tenha também atenção que o bebé é capaz de puxar por toalhas ou pelo fio do ferro de engomar, podendo provocar queimaduras ou ferimentos.

Risco de Quedas

- ♣ Não deixe o bebé sozinho em cima da cama, mesa ou sofá.
- ♣ Não deixe que os irmãos pequenos lhe peguem ao colo, sem a sua ajuda.
- ♣ Coloque sempre a alcofa ou a cadeira de transporte de forma a que a criança não se possa desequilibrar.
- ♣ As grades da cama devem estar sempre levantadas.
- ♣ No carrinho (ou cadeirinha) coloque sempre o cinto de segurança e trave-o, quando estiver parado.
- ♣ A cadeira das refeições deve ser estável e colocada encostada à parede.
- ♣ Evite o uso de andarilhos “aranhas”, pois são perigosos e não ajudam o bebé a andar mais cedo.
- ♣ Certifique-se de que a criança, pelos seus próprios meios, não consegue chegar às janelas ou aos parapeitos das varandas, assim como, não consiga abrir portas ou janelas que acedam a locais perigosos.
- ♣ Se tem escadas, coloque cancelas no 1º e último degrau.



Risco de Queimaduras Solares

- ☀ Os bebés são extremamente sensíveis aos raios solares, mesmo estando à sombra.
- ☀ Frequentar a praia ou locais muito expostos ao sol, antes do ano de idade não é benéfico para a sua saúde. Se o fizer, proteja a criança com chapéu e camisola preta.
- ☀ Evite a exposição entre as 10h30 e as 18h30 e aplique um protector solar de grau elevado (protecção total). Não se esqueça de dar água.

Como dar o banho

🛁 Dispa o bebé completamente. Se ele estiver sujo na zona da fralda, limpe-o antes de introduzir na banheira. É fundamental que segure bem o seu bebé durante o banho, uma vez que ao estar molhado, ele fica muito escorregadio. Passe o seu braço por debaixo da nuca do bebé e segure-o pelo ombro mais distante com a outra mão agarre as pernas.



- 🛁 Depois de o ter colocado cuidadosamente na água, pode soltar-lhe os pés, mas deve manter seguro o braço do bebé, servindo também o braço de apoio à cabeça do bebé.
- 🛁 Com a mão livre deite cuidadosamente água sobre o bebé.
- 🛁 Lave primeiro a cara do bebé com água limpa. Depois aplique uma pequena quantidade de gel de banho na esponja ou na água, faça espuma e comece a lavar o bebé.
- 🛁 O procedimento de lavagem deve ser iniciado pelo pescoço, depois o peito, a barriga, os braços e as pernas, as costas, e, só então a cabeça.



🛁 Lave entre as pregas do pescoço do bebé, das axilas e da virilha, bem como as dobras dos cotovelos, dos joelhos e as mãos.



Como dar o banho

🔗 Os genitais devem ser lavados e passados por água com o máximo cuidado. A fim de evitar infecções, lave essa zona de frente para trás (primeiro passar o toalhete entre os lábios vaginais / pénis e só depois no rabinho... nunca fazer o procedimento inversamente). Nas meninas, lave bem todas as dobras entre os lábios vaginais e, nos meninos, lave cuidadosamente o pénis, o escroto e a área em redor do ânus.

🔗 Para lavar a cabeça do bebé, molhe o cabelo a partir da testa em direcção à nuca com a mão que está livre. Massaje toda a cabeça com o champô.



🔗 Depois, com a sua mão em concha, vá cuidadosamente deitando água sobre a cabeça do bebé, sempre da testa para a nuca, até ter retirado toda a espuma.

🔗 No final, certifique-se que retirou todo o gel de banho e champô da pele do bebé. **Tenha cuidado, o bebé está molhado e muito escorregadio.** Tire-o da água utilizando, de novo, as duas mãos e envolva-o imediatamente numa toalha.



A Segurança do seu Bebê

Risco de Asfixia

- Deite o bebé de lado ou de costas e não de barriga para baixo. Não use almofada.
- Não coloque na cama objectos soltos como fraldas, brinquedos, laços, fitas.
- A roupa não deve cobrir a cabeça do bebé.
- Nunca deixe o bebé sozinho com o biberão.
- Os brinquedos devem ser suficientemente grandes, laváveis e sem partes soltas, para que não possam ser engolidos ou aspirados para os pulmões.
- Da mesma forma, deve ter cuidado com pequenos objectos como botões, berlindes, partes pequenas de brinquedos de irmãos mais velhos, pilhas e balões.
- Não se aconselha a que os bebés usem brincos, fios compridos, pulseiras ou anéis.
- Manter os sacos de plástico fora do alcance das crianças.
- Nunca deixe o bebé sozinho na banheira. Alguídares, baldes ou outros recipientes com água, também constituem perigo.
- Na introdução das papas, puré de legumes ou fruta, não deixe pedaços por passar, que possam engasgar a criança.
- Se oferecer ao bebé bolachas, pão ou biscoitos, mantenha-se atenta, pois estes alimentos podem provocar engasgamento.
- Desaconselham-se alimentos duros e lisos como amendoins, castanhas, tremoços ou rebuçados.

Cólicas



- ♪ A cólica é frequente em bebés saudáveis e bem desenvolvidos.
- ♪ É transitória, sendo que começa normalmente entre a 2ª e 3ª semanas de vida e pode desaparecer completamente entre os 3 e os 6 meses de idade.
- ♪ Acontece tanto a bebés que são amamentados, como aos que tomam leite em biberão.
- ♪ Não é uma doença, mas sim a consequência da adaptação normal do organismo do bebé aos alimentos que ingere. De qualquer modo, quando surgem os primeiros episódios de cólicas, deve informar o seu pediatra e/ou enfermeiro, de modo a se confirmar se se tratam ou não de cólicas gasosas.

O que deve fazer:

- Seguir os conselhos do pediatra e/ou enfermeiro, quanto aos procedimentos a tomar.
- Massajar em círculos o abdómen e tentar acalmar o choro, falando-lhe suavemente.



Cuidados ao coto umbilical

- 📎 O coto umbilical é o cordão umbilical que antes garantia a alimentação dentro do útero. Agora que foi cortado, tem uma mola e chama-se coto. Após alguns dias seca, endurece e acaba por cair. Para que este processo ocorra sem intercorrências, deve ter alguns cuidados de higiene específicos:
- Deve prevenir a humidade;
- Depois do banho, humedeça um cotonete em álcool a 70% e passe cuidadosamente no coto, principalmente na parte de baixo. Este procedimento não causa dor. Se o bebé chorar, provavelmente será pelo contacto com o álcool que é frio;
- A fralda não deve cobrir o coto. Se a fralda não tiver o formato próprio para não tapar o coto umbilical, faça uma pequena dobra.

Se notar que o coto umbilical está mole, com cheiro desagradável ou tem líquido amarelo, ou se a pele à sua volta está vermelha ou inflamada, consulte o pediatra e/ou enfermeiro.

Anexo III

Folheto informativo:

O banho do bebé...como fazer?

CUIDADOS AO COTO UMBILICAL

O coto umbilical é o cordão umbilical que antes garantia a alimentação dentro do útero.

Agora que foi cortado, tem uma mola e chama-se coto. Após alguns dias seca, endurece e acaba por cair. Para que este processo ocorra sem intercorrências, devem ter alguns cuidados de higiene específicos:

- Devem prevenir a humidade;
- Depois do banho, humedecem um cotonete em álcool a 70% e passem cuidadosamente no coto, principalmente na parte de baixo (realizar sempre após cada muda de fralda). Este procedimento não causa dor. Se o bebé chorar, provavelmente será pelo contacto com o álcool que é frio;
- A fralda não deve cobrir o coto. Se a fralda não tiver o formato próprio para não tapar o coto umbilical, faça uma pequena dobra.

Tornem o banho do vosso bebé um momento lúdico e de interação!



O BANHO DO BEBÉ... COMO FAZER?

ACESCASCAS

UCSP DO ESTORIL

CENTRO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO ESTORIL

Saúde Infantil

Elaborado por: Enf.^a Joana Marques no âmbito da ESIP da UCP e revisto pela Enf.^a Céu Freire .

COMO MANTER SÃ A PELE DO VOSSO BEBÉ

Com os problemas cutâneos, mais vale prevenir do que curar. O vosso filho nasce com uma pele perfeita e se seguir estes conselhos, ajudará a mantê-la saudável.

A crosta láctea

Muito frequentemente os bebés apresentam crostas amarelas ou esbranquiçadas no couro cabeludo, a que se dá o nome de crostas lácteas.

Para as eliminar irão precisar de:

- Óleo para bebé em emulsão misturado com água;
- Champô para bebé;
- Compressa ou algodão;
- Escova para bebés.



☺ Cerca de uma hora antes do banho, apliquem um pouco de óleo na cabeça do bebé com uma compressa ou algodão, a fim de amolecer as crostas.

☺ Durante o banho lavem a cabeça com o champô.

☺ Após o banho, removam as crostas amolecidas com a escova macia do bebé.

☺ Se ainda restarem algumas crostas, deveram repetir o processo da próxima vez que derem banho ao bebé.

COMO DAR O BANHO

É fundamental que seguem bem o vosso bebé durante o banho, uma vez que ao estar molhado, ele fica muito escorregadio. Passem o braço por debaixo da nuca do bebé e segurem-no pelo ombro mais distante, com a outra mão agarrem as pernas.

Depois de o terem colocado



cuidadosamente na água, podem soltar-lhe os pés, mas devem manter seguro o braço do bebé, servindo também o braço de apoio à cabeça do bebé.

Lavem primeiro a cara do bebé com água limpa. Depois apliquem uma pequena quantidade de gel de banho na esponja ou na água, façam espuma e comecem a lavar o bebé.

O procedimento de lavagem deve ser iniciado pelo pescoço, depois o peito, a barriga, os braços e as pernas, as costas, e, só então a cabeça.



Lavem entre as pregas do pescoço do bebé, das axilas e da virilha, bem como as dobras dos cotovelos, dos joelhos e as mãos.

Os genitais devem ser lavados e passados por água com o máximo cuidado. A fim de evitar infecções, lavem essa zona de frente para trás (primeiro passar o toalhete entre os lábios vaginais / pénis e só depois no rabinho...nunca fazer o procedimento inversamente). Nas meninas, lave bem todas as dobras entre os lábios vaginais e, nos meninos, lave cuidadosamente o pénis, o escroto e a área em redor do ânus.

Para lavar a cabeça do bebé, molhem o cabelo a partir da testa em direcção à nuca com a mão que está livre. Massagem toda a cabeça com o champô.



No final, certifiquem-se que retiraram todo o gel de banho e champô da pele do bebé. **Tenham cuidado, o bebé está molhado e muito escorregadio.** Tirem-no da água utilizando, de novo, as duas mãos e envolva-o imediatamente numa toalha.

NOTA: Antes do banho devem ter junto de vocês a roupa que vai vestir ao seu filho, por ordem de utilização.

Anexo IV

Poster: O bebé está seguro
no seu carro?

O BEBÉ ESTÁ SEGURO NO SEU CARRO?

As crianças são seres humanos delicados, que confiam em nós para que cuidemos delas com toda a segurança. E nós adultos, será que correspondemos a essa confiança? Até que ponto é que as protegemos devidamente quando as transportamos de carro?



Os acidentes rodoviários são a **principal causa de morte** e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal.

As crianças devem viajar usando dispositivos próprios, adequados à sua idade e peso, mesmo que o percurso seja curto.

Ajuste o cinto do "ovo"/cadeira nos ombros do seu bebé.

Nunca deixe uma criança sozinha no automóvel.

Use só dispositivos aprovados com a etiqueta "E" e cumpra rigorosamente as suas normas de utilização.



<u>Grupo</u>	<u>Peso</u>	<u>Idade (aprox.)</u>	<u>Posição da cadeira</u>	<u>Lugar</u>
0	Até 10 Kg	Até 1 ano	VT*	BF* ou BT*
0+	Até 13 Kg	Até 18-24 meses	VT*	BF* ou BT*
I	9-18 Kg	1-4 anos	VT* ou VF*	BF* ou BT*
II	15-25 Kg	3-6 anos	VF*	BF* ou BT*
III	22-36 Kg	5-12 anos	VF*	BF* ou BT*

VT - Voltado para trás; VF - Voltado para a frente;
BF - Banco da Frente (*se não tiver airbag);
BT - Banco de trás
(Direcção-Geral da Saúde)

Transportar uma criança num automóvel sem o respectivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais.

**PROMOVA A
SEGURANÇA
DO SEU
BEBÉ!**

Anexo V

Folheto informativo:
O seu bebé está seguro?

Risco de Queimaduras e Ferimentos

- Para cozinhar, utilizem preferencialmente os bicos detrás do fogão.
- Evitem que o bebé se aproxime do fogão ou do forno quente.



- Mantenham as pegas dos tachos e frigideiras voltadas para dentro.
- Verifiquem sempre a temperatura dos alimentos. Ao dar o biberão, certifiquem-se da temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso.
- Não devem utilizar o microondas para aquecer a sopa ou papa, uma vez que esta fica mais quente do que o prato.
- Coloquem protecção nas esquinas dos móveis, onde considerar necessário.
- Utilize dispositivos de protecção de tomadas.



PROMOVAM A SEGURANÇA DO VOSSO FILHO!



ACESCASCAIS
UCSP do Estoril
Centro de Saúde de
São João do Estoril

**O SEU BEBÉ
ESTÁ SEGURO?**



Saúde Infantil

- Proporcionar um ambiente seguro ao vosso filho é um sinal de amor.
- Este folheto tem como objectivo, informá-los de alguns aspectos importantes à segurança do vosso bebé, para os quais poderão não estar informados.

Risco de Quedas

- ♣ Não deixem o bebé sozinho em cima da cama, mesa ou sofá.
- ♣ Coloquem sempre a alfofa ou a cadeira de transporte de forma a que a criança não se possa desequilibrar.
- ♣ As grades da cama devem estar sempre levantadas.
- ♣ Certifiquem-se de que a criança não consegue chegar às janelas ou aos parapeitos das varandas, assim como, não consiga abrir portas ou janelas que acedam a locais perigosos.
- ♣ Se tem escadas, coloquem cancelas no 1º e último degrau.



Risco de Asfixia

→ Deitem o bebé de lado ou de costas e não de barriga para baixo .



- Não coloquem na cama objectos soltos como fraldas, brinquedos, laços, fitas.
- Os brinquedos devem ser suficientemente grandes, laváveis e sem partes soltas, para que não possam ser engolidos ou aspirados para os pulmões.
- Devem ter cuidado com pequenos objectos como botões, berlindes, pilhas e balões.
- Manter os sacos de plástico fora do alcance das crianças.

→ Nunca deixem o bebé sozinho na banheira, alguidares, baldes ou outros recipientes com água, pois também constituem perigo.



→ Na introdução das papas, puré de legumes ou fruta, não deixem pedaços por passar, que possam engasgar a criança, assim como bolachas, pão e biscoitos.

Risco de Queimaduras Solares

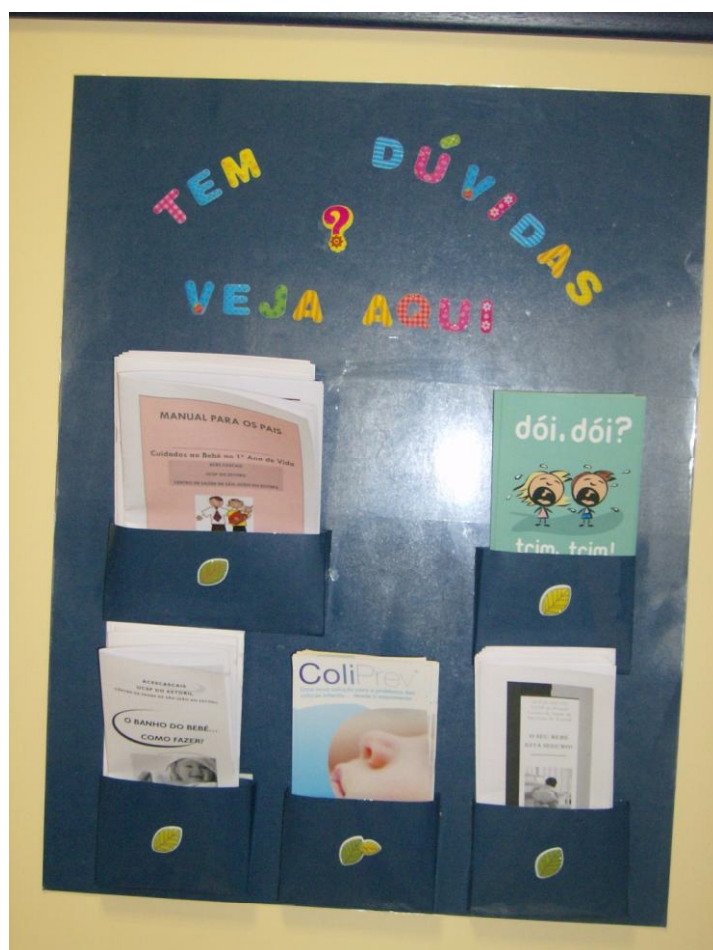
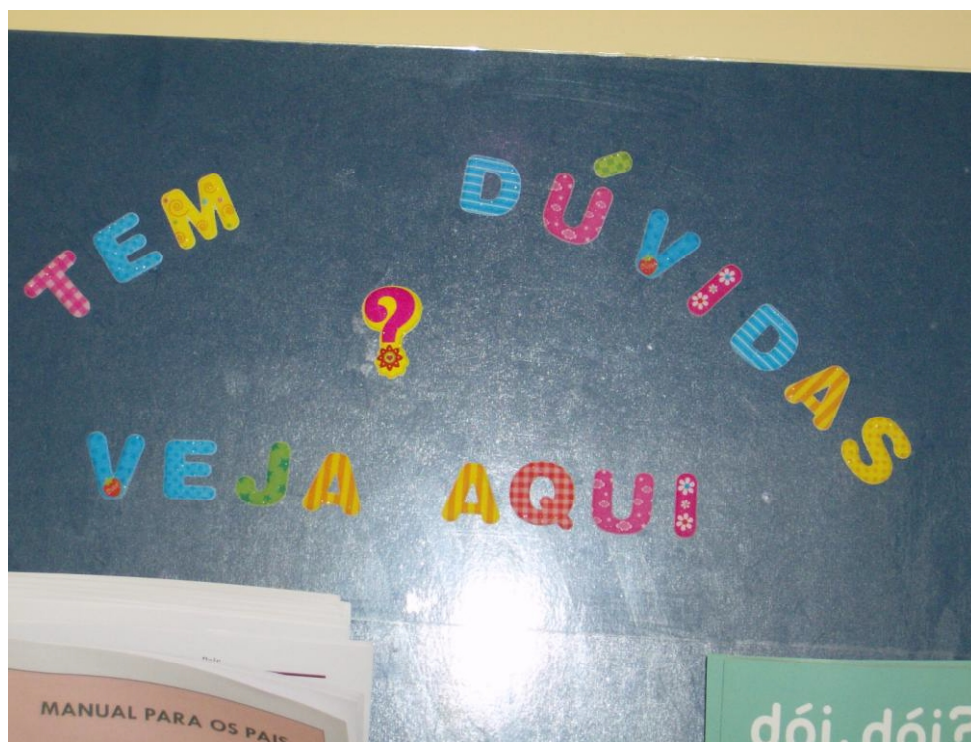
- ☼ Os bebés são extremamente sensíveis aos raios solares, mesmo estando à sombra.
- ☼ Frequentar a praia ou locais muito expostos ao sol, antes do ano de idade não é benéfico para a saúde do bebé. Se o fizerem, protejam a criança com chapéu e camisola preta.
- ☼ Evitem a exposição entre as 10h30 e as 18h30 e apliquem um protector solar de grau elevado (protecção total). Não se esqueçam de dar água.

Risco de Intoxicações

- ♣ Não guardem em casa produtos desnecessários.
- ♣ Mantenham os medicamentos, produtos de limpeza, pesticidas e insecticidas fora do alcance da criança. Guardem-nos em armários altos e fechados à chave.
- Nunca mudem quaisquer produtos de uma embalagem para outra, nem os deite em garrafas de bebida.

Anexo VI

Suporte para folhetos informativos



Anexo VII

Trabalho ilustrativo sobre o desenvolvimento infantil



Anexo VIII

Folheto informativo: Informações úteis

Saúde Infantil
S. João do Estoril



Informações Úteis

Pode contactar a sua enfermeira,
Todos os dias úteis das 12h-14h, através
Do Telefone: 21 4643718 – Enf.^a Céu

Vacinas

Todos os dias úteis das 13h – 14h30
3^a e 5^a feiras também das 17h – 18h45
Sala de vacinas

DÓI, DÓI, TRIM, TRIM – SAÚDE 24

Telefone: 808 24 24 24

Em **Situação de Urgência**

telefone ou venha ao Centro de Saúde à
hora do Pediatra ou do seu Médico de Família



Saúde Infantil
S. João do Estoril



Informações Úteis

Pode contactar a sua enfermeira,
Todos os dias úteis das 12h-14h, através
Do Telefone: 21 4643718 – Enf.^a Céu

Vacinas

Todos os dias úteis das 13h – 14h30
3^a e 5^a feiras também das 17h – 18h45
Sala de vacinas

DÓI, DÓI, TRIM, TRIM – SAÚDE 24

Telefone: 808 24 24 24

Em **Situação de Urgência**

telefone ou venha ao Centro de Saúde à
hora do Pediatra ou do seu Médico de Família



Saúde Infantil
S. João do Estoril



Informações Úteis

Pode contactar a sua enfermeira,
Todos os dias úteis das 12h-14h, através
Do Telefone: 21 4643718 – Enf.^a Céu

Vacinas

Todos os dias úteis das 13h – 14h30
3^a e 5^a feiras também das 17h – 18h45
Sala de vacinas

DÓI, DÓI, TRIM, TRIM – SAÚDE 24

Telefone: 808 24 24 24

Em **Situação de Urgência**

telefone ou venha ao Centro de Saúde à
hora do Pediatra ou do seu Médico de Família



Saúde Infantil
S. João do Estoril



Informações Úteis

Pode contactar a sua enfermeira,
Todos os dias úteis das 12h-14h, através
Do Telefone: 21 4643718 – Enf.^a Céu

Vacinas

Todos os dias úteis das 13h – 14h30
3^a e 5^a feiras também das 17h – 18h45
Sala de vacinas

DÓI, DÓI, TRIM, TRIM – SAÚDE 24

Telefone: 808 24 24 24

Em **Situação de Urgência**

telefone ou venha ao Centro de Saúde à
hora do Pediatra ou do seu Médico de Família



Anexo IX

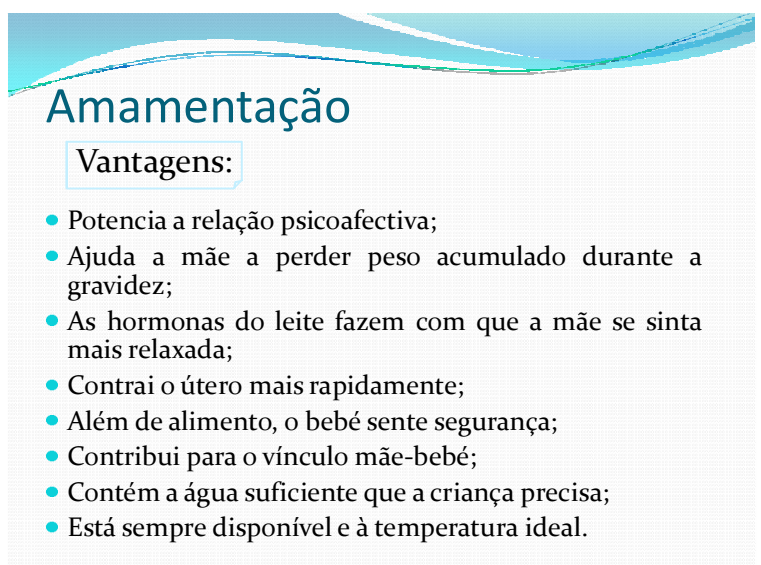
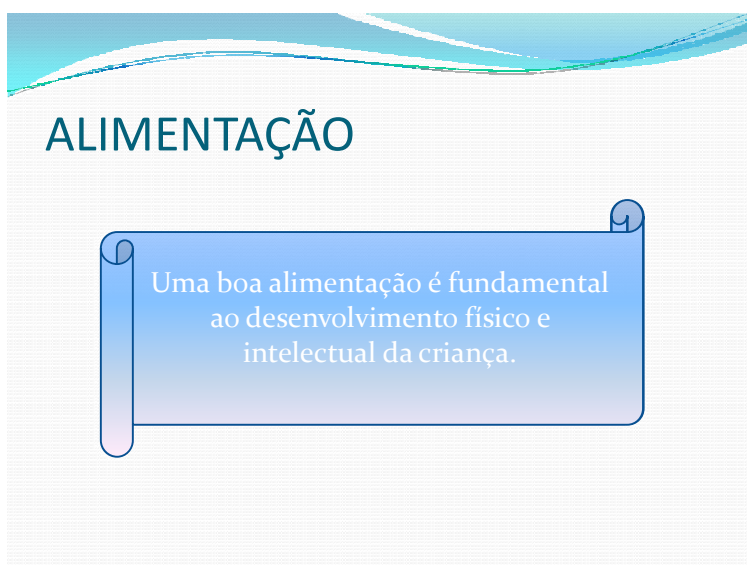
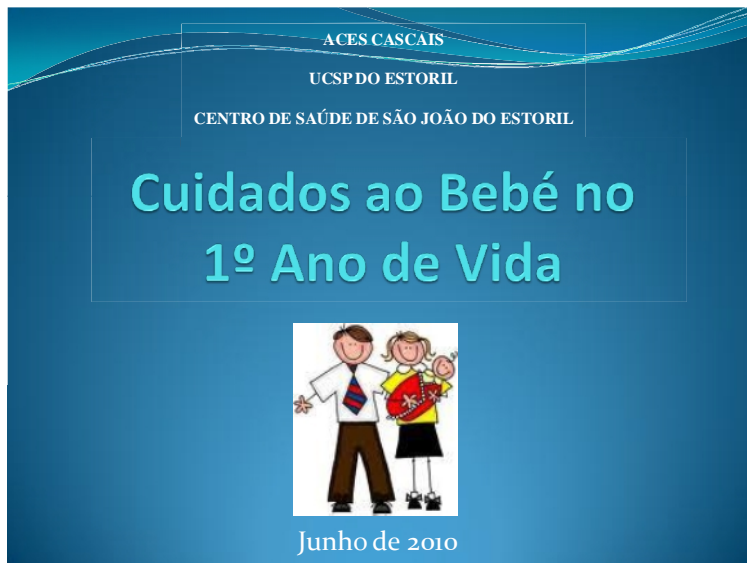
Relatório da sessão:

Cuidados ao bebé no 1º ano de vida

Cuidados ao Bebê no 1º Ano de Vida

Plano da Sessão

Etapas da Sessão	Conteúdos Programáticos	Método
Nota introdutória	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação- Introdução e justificação do tema- Apresentação das temáticas abordadas	Expositivo/participativo 5 minutos
Alimentação	<ul style="list-style-type: none">- Importância de uma boa alimentação- Importância da amamentação- Diversificação alimentar dos 5 aos 12 meses	Expositivo/participativo 10 minutos
Cuidados à pele	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados a ter com a pele do bebé- Cuidados a ter no bebé com crosta láctea	Expositivo/participativo 5 minutos
Banho	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados a ter na altura do banho- Como dar o banho	Expositivo/participativo 3 minutos
Coto umbilical	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados a ter com o coto umbilical	Expositivo/participativo 2 minutos
Cólicas	<ul style="list-style-type: none">- O que são as cólicas e em que idade são mais frequentes- Cuidados a ter na criança com cólicas	Expositivo/participativo 2 minutos
Segurança	<ul style="list-style-type: none">- Cuidados a ter para minimizar o risco de asfixia, risco de quedas, risco de queimaduras solares, risco de queimaduras e ferimentos, risco de intoxicações e danos perante um acidente de automóvel	Expositivo/participativo 10 minutos
Total		37 minutos



Diversificação Alimentar

4 meses

- Substituir uma das mamadas por uma papa de cereais **sem glúten**.
- Dar a papa à colher.
- Papa para **preparar com o leite** que o bebé toma (não láctea).
- Papa para **preparar com água** (láctea).



5 meses

- Iniciar puré de legumes ao almoço.
- Papa de cereais ao jantar.

→ Na primeira semana

- 1 batata média
- 1 cenoura pequena ou abóbora
- 1 cebola pequena
- Quando tudo estiver cozido, adicionar uma colher de café de azeite e triturar (não fervam o azeite).



5 meses

→ Na segunda semana

- Fazer o puré de legumes como anteriormente, introduzindo uma folha de alface e manter durante 2 dias.
- Ao 3º dia, substituir a alface por folhas de agrião e manter durante 2 dias.
- A partir do 5º dia, dar alternadamente puré de legumes com alface e agrião.
- Introduzir a fruta, pêra ou maçã, crua ralada, cozida ou batida.



6 meses

- 1 puré de legumes com **carne** ao almoço
- 1 papa de cereais ao lanche
- 1 puré de legumes sem carne ao jantar



6 meses

Puré de legumes

- Introduzir o feijão verde e a parte branca do alho francês.

Carne

- Cozer a carne no puré de legumes ou separadamente.
- Juntar depois de picada ao puré (30 a 40g = 3 colheres de sopa rasas).
- Utilizar carnes velhas (carneiro, vaca, galinha, peru).

Fruta

- Introduzir outra fruta da época, excepto citrinos, morangos e kiwi.

Papa

- Introduzir papa de cereais com glúten.



7 meses

- 1 puré de legumes com carne ao almoço
- 1 papa de cereais ao lanche, ou 1 iogurte natural
- 1 puré de legumes sem carne ao jantar



7 meses

Puré de legumes

- Adicionar espinafres



Iogurte natural

- Feito com leite adaptado
- Adicionar fruta natural ou bolacha (inicialmente uma vez por semana)
- Não dar Danoninhos® até aos 12 meses



8 meses

- 1 puré de legumes com peixe ou carne ao almoço
- 1 papa de cereais ou iogurte com fruta ao lanche
- 1 puré de legumes simples ao jantar
- Fruta como complemento da refeição. Introdução progressiva de citrinos



8 meses



Peixe

- Introduzir 2 a 3 vezes por semana nos primeiros 15 dias
- Qualquer tipo de peixe, mesmo congelado
- Fazer o puré de legumes como anteriormente. Cozer o peixe, retirar as espinhas e a pele e adicionar ao puré de legumes
- Após 15 dias, começar a grelhar e a cozer o peixe e servi-lo acompanhado com puré de legumes, puré de batata, esparregado, arroz ou massas

9 meses

- 1 puré de legumes com peixe ou carne ao almoço
- 1 papa de cereais ou iogurte com fruta ao lanche
- 1 puré de legumes simples ou com carne ao jantar
- Fruta como complemento da refeição

Gema de ovo

- 1ª semana: ½ de gema cozida
- 2ª semana: 1 gema cozida



12 meses

- Adaptação progressiva à alimentação da família
- Introduzir a clara do ovo
- Leite III de continuação ou leite de vaca do dia (não ferver)



CUIDADOS À PELE

Crosta Láctea

→ Muito frequentemente os bebés apresentam crostas amarelas ou esbranquiçadas no couro cabeludo, a que se dá o nome de crostas lácteas.

Para as eliminar é necessário:

- Óleo para bebé em emulsão misturado com água;
- Champô para bebé;
- Compressa ou algodão;
- Escova para bebés.



Crosta Láctea

- Cerca de uma hora antes do banho, aplicar um pouco de óleo na cabeça do bebé com uma compressa ou algodão embebido em água, a fim de amolecer as crostas.
- Durante o banho lavar a cabeça com o champô.
- Após o banho, remover as crostas amolecidas com a escova macia do bebé.
- Se ainda restarem algumas crostas, deve-se repetir o processo da próxima vez que se der banho ao bebé.

A Hora do Banho

- Os bebés perdem calor muito rapidamente, por isso, deve-se manter quente e sem correntes de ar o local do banho. A temperatura da água deverá rondar os 37°C. Certificar a temperatura, colocando o cotovelo na banheira, ou com um termómetro.
- O banho deve ser uma experiência relaxante, pelo que é importante criar um ambiente tranquilo.



Como dar o Banho

- É fundamental segurar bem o bebé durante o banho, uma vez que ao estar molhado fica muito escorregadio. Passar o braço por debaixo da nuca do bebé e segurar pelo ombro mais distante, com a outra mão agarrar as pernas.
- Os genitais devem ser lavados e passados por água com o máximo cuidado. A fim de evitar infeções, lavar essa zona de frente para trás.
- **Ao retirar o bebé da banheira, ter cuidado, uma vez que o bebé está molhado e muito escorregadio.**
- Antes do banho deve ser preparada a roupa que se vai vestir ao bebé, por ordem de utilização.

Cuidados ao Coto Umbilical

- Prevenir a humidade.
- Depois do banho, humedecer um cotonete em álcool a 70% e passar cuidadosamente no coto, principalmente na parte de baixo (realizar sempre após cada muda de fralda).
- A fralda não deve cobrir o coto.

CÓLICAS

- São transitórias, sendo que começam normalmente entre a 2ª e 3ª semanas de vida e podem desaparecer completamente entre os 3 e os 6 meses de idade.
- Acontece tanto a bebés que são amamentados, como aos que tomam leite em biberão.



O que fazer:

- Massajar em círculos o abdómen e tentar acalmar o choro, falando-lhe suavemente.
- Manobra com o Bebegel®.



SEGURANÇA

Risco de Asfixia

- Deitar o bebé de costas ou de lado.
- Não colocar na cama objectos soltos.
- Os brinquedos devem ser suficientemente grandes, laváveis e sem partes soltas.
- Ter cuidado com pequenos objectos como botões, berlindes...
- Nunca deixar o bebé sozinho na banheira, alguidares, baldes ou outros recipientes com água, pois também constituem perigo.
- Na introdução das papas, puré de legumes ou fruta, não deixar pedaços por passar, que possam engasgar a criança, assim como bolachas, pão e biscoitos.



Risco de Quedas

- Não deixar o bebé sozinho em cima da cama, mesa ou sofá.
- Colocar sempre a alcofa ou a cadeira de transporte de forma a que a criança não se possa desequilibrar.
- As grades da cama devem estar sempre levantadas.
- Certificar que a criança não consegue chegar às janelas ou aos parapeitos das varandas, assim como, não consiga abrir portas ou janelas que acedam a locais perigosos.
- Se tem escadas, colocar cancelas no 1º e último degrau.



Risco de Queimaduras Solares

- ☀ Os bebés são extremamente sensíveis aos raios solares, mesmo estando à sombra.
- ☀ Frequentar a praia ou locais muito expostos ao sol, antes do ano de idade não é benéfico para a saúde do bebé. Se os pais o fizerem, deverão ser aconselhados a proteger a criança com chapéu e camisola preta.
- ☀ Evitar a exposição entre as 10h30 e as 18h30 e aplicar um protector solar de grau elevado (protecção total). Não esquecer de dar água.



Risco de Queimaduras e Ferimentos



- Para cozinhar, utilizar preferencialmente os bicos detrás do fogão.
- Evitar que o bebé se aproxime do fogão ou do forno quente.
- Manter as pegas dos tachos e frigideiras voltadas para dentro.
- Verificar sempre a temperatura dos alimentos. Ao dar o biberão, certificar a temperatura do leite, entornando uma gota no pulso.
- Não utilizar o microondas para aquecer a sopa ou papa, uma vez que esta fica mais quente do que o prato.
- Colocar protecção nas esquinas dos móveis, onde considerar necessário.
- Utilizar dispositivos de protecção de tomadas.

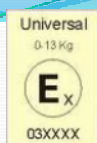


Risco de Intoxicações



- ♣ Não guardar em casa produtos desnecessários.
- ♣ Manter os medicamentos, produtos de limpeza, pesticidas e insecticidas fora do alcance da criança. Guardar em armários altos e fechados à chave.
- ♣ Nunca mudar quaisquer produtos de uma embalagem para outra, nem os deitar em garrafas de bebida.

Risco de Acidente de Automóvel



<u>Grupo</u>	<u>Peso</u>	<u>Idade (aprox.)</u>	<u>Posição da cadeira</u>	<u>Lugar</u>
0	Até 10 Kg	Até 1 ano	VT	BF ou BT
0+	Até 13 Kg	Até 18-24 meses	VT	BF ou BT
I	9-18 Kg	1-4 anos	VT ou VF	BF ou BT
II	15-25 Kg	3-6 anos	VF	BF ou BT
III	22-36 Kg	5 –12 anos	VF	BF ou BT

?

Obrigada pela
atenção!



Cuidados ao Bebê no 1º Ano de Vida

ACES CASCAIS

UCSP do Estoril

Centro de Saúde de São João do Estoril

DIA 15 DE JUNHO DE 2010

15H

Enfermeira Joana Marques (prelectora)

(Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da UCP)

Enfermeira Céu Freire

Avaliação da Formação

Acção de Formação: Cuidados ao Bebê no 1º Ano de Vida

Elaborado por: Enf.ª Joana Marques (prelectora)

Data: 15 de Junho de 2010

Para o preenchimento do questionário, propõe-se a utilização da escala de 1 a 4 (colocando o número no ____ à frente da frase), sendo que:

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente

I. Avaliação Global

1. Os objectivos da formação foram claro ____
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos ____
3. A duração da acção foi adequada ____

II. Avaliação do Impacto da Formação

1. Esta formação permitiu reflectir sobre a temática ____
2. Esta reflexão foi útil para o exercício das minhas funções ____
3. Os resultados obtidos irão contribuir para a melhoria dos cuidados ____

III. Avaliação da Formadora

1. A formadora revelou dominar o assunto ____
2. A metodologia utilizada foi adequada ____
3. A exposição dos assuntos foi clara ____
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva ____
5. A formadora estava motivada ____

IV. Sugestões/Críticas

Análise da Sessão

A sessão foi realizada num dia e hora sugerido pelos enfermeiros, de forma que pudessem participar o maior número de pessoas.

Antes da hora marcada, preparei a sala, o computador e o material a facultar.

Estavam presentes cinco enfermeiros, ou seja, todos à excepção da enfermeira de saúde materna que se encontrava a realizar consultas no momento.

A sessão foi muito interactiva e participativa. Várias temáticas, como a alimentação, geraram bastantes questões, que eu, em conjunto com a enfermeira orientadora, conseguimos responder. No final foi fácil compreender que o grande objectivo foi atingido, uniformizar a linguagem e os ensinamentos realizados aos pais.

Relativamente à avaliação, em todos os itens os enfermeiros colocaram a pontuação de 4 (concordo totalmente), o que revelou uma grande satisfação da parte dos enfermeiros relativamente à formação e às competências adquiridas no final.

Como sugestões, foi-me pedido para deixar toda a informação em suporte escrito e informático, de forma a dar continuidade e transmitir a mesma informação aos novos elementos e alunos de enfermagem (licenciatura e especialidade). A informação foi organizada num dossier e deixada na sala de consultas de saúde infantil, juntamente com um CD, com todos os trabalhos realizados.

Anexo X

Projecto de Estágio da Urgência Pediátrica

Projecto de Estágio

Enquadramento Teórico

Ao longo da vida as pessoas são confrontadas com várias mudanças a todos os níveis e são submetidas a vários factores que facilitam ou dificultam uma adaptação a essa mudança.

A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, em que toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como disciplina do conhecimento autónoma, que engloba conhecimentos próprios. Esta toma como objecto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como as transições com que indivíduos, famílias e comunidades se deparam ao longo da vida.

Para Meleis (2005, p.11), o domínio “*é a perspectiva e o território da disciplina. Inclui o objecto de interesse, os valores e as crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina*”. Segundo esta autora, os sete conceitos centrais que caracterizam o domínio da enfermagem são o cliente, transições, interacção, ambiente, processo de enfermagem, terapêuticas de enfermagem e saúde.

A Teoria da Transição em Enfermagem proposta por Meleis (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis et al., 2000) refere que os enfermeiros têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida, sendo que para Meleis e Trangenstein (1994, p.256), a transição é definida como “*a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro...transição refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação.*”

Segundo Meleis (2005) existem três tipos de transições, que não são mutuamente exclusivas. São estas, as desenvolvimentais (relacionadas com a mudança no ciclo vital), as situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis) e as relacionadas com situações saúde/doença. A relação

enfermeiro/doente/família ocorre frequentemente durante períodos de instabilidade em qualquer um dos níveis citados (Davies, 2005). Chick e Meleis (1986) concordam, salientando que as transições recaem no domínio da enfermagem, quando elas são relativas à saúde ou doença, ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde.

Para Meleis (2005), um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão por considerar esta uma área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar. Nos processos de mudança, as transições passam por estabilidade, instabilidade e estabilidade como um fenómeno interligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela entrada, passagem e saída (Murphy, 1990).

Como se pode constatar esta é uma grande área onde os enfermeiros podem intervir. Os enfermeiros contactam muito directamente com as pessoas/doentes e que directa ou indirectamente estão mais abertos e/ou disponíveis em conhecer como vivenciam as pessoas as suas transições.

Para Murphy (1990) é necessário considerar os factores que medeiam os processos de transição, ou seja, os individuais, os ambientais e os cuidados de enfermagem que incluem as acções preventivas à transição e as estratégias de intervenção quando a transição já ocorreu ou está a ocorrer.

As situações envolvidas com uma transição são inúmeras. Chick e Meleis (1986) indicam alguns eventos como a doença, recuperação, hospitalização, maturidade, gravidez, perda, morte. As respostas a estes eventos englobam processos psicológicos, indissociáveis do contexto sociocultural, como “*desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças no autoconceito, mudanças no desempenho de papel, mudanças na auto-estima e outros*” (Murphy, 1990).

Conhecendo estes padrões, o enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição, com o objectivo de restabelecer a instabilidade gerada.

A transição saúde-doença é o que vivenciam os pais de crianças que recorrem ao Serviço de Urgência (SU), quer por uma situação aguda, quer por uma agudização de uma doença crónica. Esta situação apresenta-se como um acontecimento stressante para a família, que pode levar à manifestação e/ou exacerbação de sentimentos de tristeza e ansiedade.

Compreende-se a importância que a família assume no decurso da doença e hospitalização, pois não só desempenha o papel central sobre o crescimento, desenvolvimento e suporte afectivo da criança, como também é mediadora entre ela e o mundo exterior (Mano, 2002). Winnicott citado por Carreiras (2000) refere que, a criança e a sua família/pais são um todo, não existindo uma criança, mas sim, uma criança e os seus pais.

A hospitalização pode surgir na vida da criança em diversos contextos. Pode estar relacionada com uma situação imprevista (urgência/emergência ou agudização de uma doença crónica), ou ser efectuada de forma programada (para intervenções terapêuticas ou diagnósticas). Seja qual for a circunstância, a doença e a hospitalização podem desencadear na vida da criança/família momentos de crise, não só porque alteram as suas habituais rotinas, como a confrontam com novas e difíceis situações para as quais não está preparada (Machado, 2008). Pode desencadear sentimentos de ansiedade, angústia, stress, dor, por vezes mesmo de culpa, mas também frequentemente de esperança e confiança. Por outro lado, junta-se a confrontação com um universo hospitalar, com normas e procedimentos que têm que ser adoptados (Mendes, 2008).

Segundo Lundin (1977) a ansiedade é uma emoção universal que ocorre quando se antecipa uma situação de perigo, caracterizada por uma série de respostas comportamentais, neurovegetativas e hormonais e tem um valor adaptativo na medida em que leva o indivíduo a evitar dano físico ou psicológico. Se benéfica, conduz o indivíduo a uma mobilização e preparação para melhor enfrentar esse momento, torna-se patológica quando é demasiado intensa ou desproporcional ao estímulo que a originou. Uma vez desenvolvida a reacção de ansiedade, essa resposta tem a capacidade de se generalizar para outros estímulos além dos envolvidos na situação inicial, assim, quando é alcançado o ponto de ansiedade crónica, existem tantos estímulos que produzem as reacções de ansiedade e generalização que a pessoa já não é capaz de discriminá-los.

Segundo Baldini (1998), o recorrer a um hospital, pode levar a sentimentos de ansiedade quanto à incerteza do diagnóstico e prognóstico da doença da criança, pelo evento súbito de entrar em contacto com um ambiente de equipamentos e profissionais desconhecidos e pela possibilidade do filho experimentar dor. Além disso, os pais são deparados com a mudança de rotina, possíveis questões financeiras, com o cuidado com os outros filhos que estão em casa, com possíveis sentimentos de culpa ou acusação.

Justificação

A problemática da ida ao SU pediátrica caracteriza-se numa força geradora de stress e angústia parental, uma matriz onde se desenrolam dinamismos familiares é o palco ideal para uma actuação humanizada e profissionalizante dos enfermeiros, no sentido da satisfação das necessidades (Lopes, 2008).

O desafio para os enfermeiros e outros elementos envolvidos, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é **entender o processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar** (Petronilho, 2007). Como tal, estando a desenvolver um estágio no Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier, considero de extrema importância compreender o processo de transição saúde-doença vivenciado pelos pais nesse local.

Objectivo

- Compreender o processo de transição da criança/família e implementar intervenções de forma a promover o seu bem-estar e equilíbrio.

Actividades a Desenvolver

- Promoção do acompanhamento da criança pelos pais ao longo de todo o processo, desde a triagem até à saída do SU pediátrica e sempre que possível, em momentos de procedimentos invasivos.
- Envolvimento dos pais na tomada de decisão, sempre que possível.
- Preservação da intimidade criança/família.
- Promoção de um ambiente calmo e o mais familiar possível (S.O.), de forma a minimizar o stress com o ambiente estranho para a criança/família.
- Percepção dos sentimentos vivenciados pelos pais e criança perante a situação, através da observação e diálogo com os mesmos.
- Intervenção perante os sentimentos vivenciados, de forma a promover o bem-estar e o equilíbrio físico e mental.
- Utilização de uma linguagem perceptível aos pais e validação da compreensão da informação.
- Adopção de uma postura/altura ao nível da criança sempre que se estiver a comunicar com a mesma.

- Utilização de uma linguagem adequada ao estadio de desenvolvimento da criança.
- Uso de materiais/brinquedos para explicar procedimentos antes de os realizar, se necessário.
- Realização de desenhos com os desenhos animados ou bonecos favoritos em contexto hospitalar, para que a criança compreenda a sua estadia no S.U.

Objectivo

- Reflectir e avaliar as situações experienciadas de forma a consciencializar a pratica e projectar a acção futura.

Actividades a Desenvolver

- Realizar Diários de Aprendizagem ao longo das quatro semanas de estágio, que abordem a transição saúde-doença vivenciada pela criança/família e as estratégias utilizadas para promover o equilíbrio da criança/família.
- Acompanhamento das crianças/família ao longo de todo o processo de “internamento”, sempre que possível.
- Conhecimento do motivo que levou a criança/família ao S.U.
- Estabelecimento de diálogo com a criança/família, de forma a identificar os sentimentos vivenciados ao longo do “internamento”.
- Utilização de estratégias que tranquilizem a criança/família.
- Consciencialização da situação vivenciada pela criança/família.
- Descrição da situação devidamente fundamentada, utilizando o Ciclo de Gibbs.

Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem.
- BALDINI, S. et al. - Grupos de pais: necessidade ou sofisticação no atendimento em unidades de terapia intensiva? Artigos Especiais de Pediatria, São Paulo, (2008) Vol.20, nº4.
- CARREIRAS, M. – A criança com doença crónica, os pais e a equipa terapêutica. Análise Psicológica. (2000), Vol.18, nº3.
- CHICK, Norma; MELEIS, Afaf Ibrahim - Transitions: a nursing concern. **Nursing research methodology**. Aspen Publications. 1986, p. 237-257.
- DAVIES, Sue – Meleis theory of nursing transitions and relatives experiences of nursing home entry. Journal of Advanced Nursing. ISBN: 0309-2402. Vol.52, nº 6 (2005), p.658-671.
- LOPES, Lúcia. – Participação Parental: Uma parceria no cuidado? Uma realidade ou miragem? Nursing. Março, (2008). Edição Brasileira. ISBN:1415-8264.
- LUNDIN, R. - **Personalidade: Uma análise do comportamento**. São Paulo, 1997.
- MACHADO, Cidália - O Medo da criança/família perante o internamento numa UCI Pediátrica: Que intervenção de enfermagem? Nursing. Nº237, Setembro, (2008).
- MANO, M. – Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. Referência. (2002), nº8.
- MELEIS, Afaf Ibrahim; TRANGENSTEIN, Patricia - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. Vol. 42, nº 6 (1994), p.255-259.
- MELEIS, Afaf Ibrahim et al. - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science. Vol. 23, nº 1 (2000), p.12-28.
- MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical nursing: development and progress**. 3ª edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

- MENDES, ROSA. – Hospitalização das crianças: Olhares cruzados. Nursing. N°237, Setembro, (2008).
- MURPHY, Shirley - Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. Holistic Nursing Practice. Vol. 4, nº3 (1990), p. 1-7.
- PETRONILHO, Fernando – **Preparação do Regresso a Casa**. FORMASAU. Coimbra, 2007. ISBN: 978-972-8485-91-7.

Anexo XI

Diários de aprendizagem

Diário de Aprendizagem

No passado dia 28 de Setembro de 2010, deu entrada no Serviço de Urgência do HSFx, a “Inês”, de 3 anos de idade. Chegou acompanhada pela mãe e foi chamada pela triagem.

À entrada a criança estava envergonhada, escondendo-se entre as pernas da mãe. Trazia o seu boneco favorito, que agarrava fortemente junto do seu corpo. Sentou-se na cadeira e a mãe começou a descrever a situação.

No processo na criança, foi possível constatar que tinha infecções urinárias recorrentes. Segundo a mãe, a “Inês” referia disúria desde o dia anterior. Após uma pequena brincadeira com o seu boneco, a “Inês” mostrou um sorriso e começou a falar com os enfermeiros. Encontrava-se bem disposta, sem aparentes alterações e apirética.

Foi encaminhada para a sala de espera, tendo sido posteriormente observada pela Pediatra, que deu indicação para se realizar um Combur® Teste.

A mãe tinha conhecimento do objectivo e modo de realização do teste, embora tenham sido lembrados alguns aspectos. Foi dito à criança que teria de fazer “xixi” para passar a “dor ao fazer xixi e poder ir para a escolinha”.

Foi conversado com a mãe de forma a utilizar a melhor estratégia para recolha de urina. Segundo a mãe, a “Inês” encontrava-se na fase de transição da fralda para a sanita. Contudo, a mãe referiu que a criança já estava habituada a recolha de urina por saco colector, pelo que considerava a melhor opção.

Foi explicado à criança o que se iria realizar e o seu objectivo. Antes da colocação do saco colector, foi pedido à mãe para se colocar ao lado da criança e conversar com a mesma durante o procedimento. Foi feita a higiene do local e colocado o saco colector.

Apesar do reforço hídrico, passados 45 minutos, a “Inês” ainda não tinha urinado. O acto de urinar foi traduzido num jogo, em que foi questionado à criança a cor do “xixi”, que referiu ser amarelo. A enfermeira questionou se seria mesmo amarelo, colocando a hipótese de ser às estrelinhas cor-de-rosa. A “Inês” referiu que achava que era amarelo e que iria fazer para mostrar. Apesar das estratégias utilizadas, a criança não urinou para o saco colector. Foi conversado com a mãe e criança e a Inês foi colocada num bacio, à mesma sem sucesso. Por este motivo e após se ter usado inúmeras estratégias, falou-se com a Pediatra, que deu indicação para se proceder ao esvaziamento vesical para colheita de urina.

Foi explicado o procedimento à mãe e criança. A mãe ficou ao lado da criança e enquanto se realizava o procedimento, mantinha-se interação com a criança e o seu boneco. O procedimento foi realizado de forma o mais rápida e menos dolorosa possível, tendo-se conseguido obter urina através deste meio.

Após resultado negativo do Combur® Teste, foi enviado por sistema à Pediatria, que observou posteriormente a criança e lhe deu alta.

A enfermagem baseia-se no cuidado ao outro, através de uma relação interpessoal centrada na pessoa como indivíduo, enquanto elemento integrado na família e com relações sociais específicas na comunidade onde vive, cresce e se desenvolve (Machado, 2008).

A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo. Toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A hospitalização de uma criança gera crise na família, alternado a sua dinâmica devido a diversos factores como a descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos seus membros, mudanças no padrão do papel desempenhado pelos pais, aumento do grau de dependência da criança doente, aparecimento do sentimento de culpa, ansiedade, tensão e medo dos pais (Chaud et al, 1999).

Apesar dos sentimentos gerados nos pais, a sua permanência junto das crianças é fundamental.

Na última década a família tornou-se cada vez mais frequente no ambiente hospitalar devido à humanização do cuidado e às exigências legais consolidadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados, que transforma em direito do menor de idade, permanecer acompanhado nas instituições de saúde.

Devido aos motivos supracitados, a mãe da “Inês” acompanhou a menina ao longo de todo o processo.

A primeira dificuldade sentida foi na comunicação com a criança. A “Inês” demonstrava-se muito introvertida. Houve necessidade de brincar com a criança, utilizando o seu boneco favorito como objecto de comunicação. Brincar é importante e necessário, *“uma vez que funciona como forma de distração e agente facilitador da*

comunicação, além de permitir uma melhor adesão aos tratamentos.” (Batista et al, 2004, p.12).

Em qualquer serviço de saúde, os brinquedos/brincadeiras desempenham um papel vital, não sendo por isso menos importantes do que qualquer outro material hospitalar. A actividade lúdica, o brincar e o brinquedo têm um papel decisivo para a criança em situação de doença e hospitalização. A brincadeira terapêutica proporciona um meio para libertar tensão e stress, ajudando a criança a lidar com os seus medos e preocupações (Valeriano e Diogo, 2001). A perspectiva da utilização do brinquedo em enfermagem, é a de servir como meio de comunicação entre profissionais e a criança e detectar a singularidade de cada uma (Ferland, 2006).

Ao conseguir estabelecer comunicação verbal com a criança, verifiquei que o caminho para estabelecer uma parceria de cuidados enfermeira/criança/mãe estava facilitado. A mãe encontrava-se aparentemente calma e tranquila, referindo que *“esta situação já era frequente”*. Ao comunicar com a criança/família, o enfermeiro deve adequar a linguagem ao grau de pensamento e compreensão, pois caso contrário, a criança constrói as suas próprias explicações, resultando com alguma frequência em ideias assustadoras, distorcidas e geradoras de ansiedade (Machado, 2008).

A parceria de cuidados tornou-se fundamental na escolha do método de colheita de urina. Havia um Combur® Teste para realizar e por saco colector, jacto médio e esvaziamento vesical seriam opções. Segundo os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001), *“o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, promove a excelência no exercício profissional.”*

Relembrando que a “Inês” tinha 3 anos e tendo em conta o desenvolvimento infantil, Cordeiro (2010) refere que há primeiro a maturidade biológica, ou neuromuscular – a criança consegue controlar a bexiga de forma a manter-se seca durante alguma horas. Esta maturidade costuma acontecer entre os 2 e os 3 anos. No entanto, há uma segunda fracção que tem a ver com a maturidade psicológica. No fundo é reconhecer que “apetece-me fazer” ou “preciso de fazer, “tenho de ir já” e “tenho de ir antes de”. Há ainda um outro aspecto que tem a ver com o grau de autonomia global e com a fase predominante de avanço ou regressão em que a criança se encontra. Todos estes factores vão variar de criança para criança e o stress e pressão dificultam esta função. Por todas as razões descritas, devem-se adaptar os cuidados tendo em conta não só a idade e desenvolvimento da criança, mas os seus hábitos.

Por considerar a mãe um elemento fundamental no processo e na tomada de decisão e por ser quem melhor conhece a criança e os seus hábitos, foi questionado à mãe que melhor estratégia considerava adoptar para a realização deste procedimento. Segundo a NICE (2007) *“the collection of a urine specimen needs to be simple, reliable, cost effective and acceptable to children, parents and carers”*.

Na enfermagem, a parceria com os pais é fundamentalmente apoiada por crenças e valores, que defendem os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança, tendo em conta os seus conhecimentos sobre ela, assim como a sua experiência de cuidadores (Mano, 2002).

Enquanto a criança estava com o saco colector, o brincar terapêutico foi utilizado como melhor estratégia para que a menina “fizesse o seu xixi”.

Após 1 hora e explicando à criança e mãe quais seriam as outras hipóteses, optou-se por colheita de urina por jacto médio.

Foi explicado à criança que o bacio onde iria “fazer xixi” era idêntico ao de casa e para pensar que estava em casa. A criança ficou acompanhada pela mãe na sala de enfermagem e manteve-se a privacidade da criança/mãe, fechando as cortinas e encostando a porta. Para Mendes (2008), é importante promover e respeitar a intimidade e dignidade da criança. Por insucesso, o esvaziamento vesical foi a opção.

A colocação de saco colector e a colheita de urina por jacto médio são intervenções autónomas de enfermagem, ou seja, iniciadas pela prescrição do enfermeiro. Por outro lado, sendo o esvaziamento vesical uma técnica que exige prescrição médica (intervenção interdependente, em que é iniciada por outros técnicos da equipa e o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação), foi comunicado à médica o insucesso dos outros métodos, que prescreveu o procedimento.

Após todo o processo e consciencializando-me de todos os passos que foram realizados, sinto-me satisfeita e de certa forma tranquila. Usei os métodos possíveis para não realizar um procedimento invasivo, actuei em parceria com a criança/mãe, pondo em prática algumas competências de enfermeiro especialista, nomeadamente *“comunica com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadió de desenvolvimento”*, *“demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e a família”* e *“demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De uma forma geral e revendo todo o processo, faço uma avaliação positiva. A forma como comuniquei com a criança desde a sala de triagem, o brincar terapêutico ao longo de todo o processo e a escolha das estratégias a adoptar em parceria com a criança/família, demonstrou que agi com competência, em função do bem-estar da criança/família e de acordo com o REPE (segundo o REPE, art.º 9, nº 4, alínea b, os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criança a confiança e a participação activa do individuo, família, grupos e comunidade).

Após esta situação, interrogo-me o que mais poderia ter feito e o que mudaria. Considero que agi em conformidade com as competências traçadas por um especialista. Contudo, e tendo a criança/família esperado tanto tempo, ponho a hipótese de conversar com a Pediatra e adoptar como primeira opção o esvaziamento vesical.

É importante salientar que o diagnóstico de IU é confirmado pela presença de colónias de um determinado microrganismo em número considerado significativo. Este número é variável consoante o método de colheita utilizado. Por este motivo, é crucial que a recolha de urina respeite as condições correctas de colheita, para que não sejam feitos diagnósticos falsos, positivos ou negativos (DGS, 2004).

Segundo as Orientações Técnicas da DGS (2004), o método de colheita a adoptar se houver controlo de esfíncter vesical, é por jacto médio. Caso não haja controlo de esfíncter, proceder ao cateterismo vesical. Esta orientação salienta ainda que se deve evitar a colocação de saco colector.

Apesar das orientações traçadas pela DGS e reflectindo um pouco sobre a situação, penso que ter privilegiado o hábito da criança e o pedido da mãe face à escolha do saco colector, foi a melhor opção. Não foi utilizado com sucesso, mas os cuidados têm que ser realizados em parceria com a criança/pais, de forma a minimizar a ansiedade dos mesmos. Segundo Coyne (1995), a participação parental reduz a ansiedade da criança e dos pais em diversas situações do hospital, sendo uma área que merece uma atenção especial por parte dos enfermeiros.

O Diário de Aprendizagem ajudou-me a consciencializar dos passos adoptados e competências utilizadas ao longo de todo o processo. Foi útil na medida em que me fez reflectir sobre a prática e sobre as acções que realizo que são muito importantes e traçam a diferença entre o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista.

Diário de Aprendizagem

No âmbito do estágio de Urgência Pediátrica, realizado no HSFx, tive a oportunidade de presenciar e acompanhar crianças/pais que vivenciaram a transição saúde-doença. Entre as várias situações na corrente semana, optei por aprofundar a ida à urgência do “João”.

No passado dia 6 de Outubro de 2010, o “João” deu entrada no SU pediátrica do HSFx acompanhado pela mãe. O “João” é um menino com 1 mês de idade, que se encontrava a dormir e com mucosas coradas e hidratadas.

Segundo a mãe, o bebé estava com febre desde o dia anterior, com temperaturas que rondavam os 38,7°C (temperatura rectal). No momento da triagem, apresentava 37,5°C (temperatura axilar). A mãe negava alterações no apetite, vômitos, diarreia ou alterações nas características da urina.

A febre é a manifestação mais comum na idade pediátrica e define-se como um aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna. A temperatura corporal é determinada pelo centro termorregulador hipotalâmico, que responde a diversos estímulos, sendo o principal a infecção (DGS, 2004). A prescrição médica de análises à urina e ao sangue, tinha como objectivo identificar o foco da febre, uma vez que *“a febre tem valor como sinal de doença e não como doença em si própria, devendo a causa da febre ser identificada e tratada.”* (DGS, 2004, p. 7).

Foi dada prioridade amarela na triagem, pelo contexto da situação avaliada e após alguns minutos, recebemos a prescrição médica para a realização de análises ao sangue (hemograma, bioquímica e hemocultura) e à urina (urina tipo II e urocultura).

A criança e a mãe foram encaminhadas para a sala de enfermagem. À entrada a mãe parecia calma, entrando sorridente e não hesitando. Para não se realizar de imediato os procedimentos, estabeleceu-se um diálogo de forma a conhecer a dinâmica familiar daquela família, experiências anteriores semelhantes, medos, com o objectivo de compreender o processo de transição que estava a vivenciar. Foi possível constatar que a mãe já tinha passado por uma situação idêntica com outro filho há cerca de 1 ano. Contudo, à medida que se falava com a mãe, esta transparecia alguma ansiedade, constatado através do tremor da fala e das mãos. A doença da criança constitui uma crise, não só para ela, mas também para toda a sua família. Percepções e sentimentos referentes à possibilidade de morte, geram stress e ansiedade (Zulske et al, 2008).

O termo “stress” pode ser usado para denominar o conjunto de reacções que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação. Em essência, o que temos é um estímulo que desencadeia uma resposta. O stress advém do meio externo, do ambiente social ou do meio interno, sendo capazes de dar origem a uma série de reacções. As famílias adaptam-se aos eventos stressantes de diferentes maneiras, gerindo e vivenciando a sua transição (Souza, 2008).

Um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão por considerar esta uma área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2005). O desafio para os enfermeiros e outros elementos envolvidos, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho, 2007). A comunicação tem um grande papel no processo das transições, uma vez que nos permite conhecer como a criança/família está a vivenciar a transição, sendo esta uma competência do enfermeiro especialista: *“comunicar com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento”, “demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e a família” e “demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Foi explicado à mãe as razões pelas quais o “João” iria realizar estes procedimentos e o seu objectivo. Após a explicação da enfermeira a mãe pareceu um pouco mais tranquila, acalmando a voz e os tremores, agarrando-se ao bebé. A mãe ficou junto da criança durante os procedimentos. Foi feita a limpeza da região genital com água e sabão azul e branco e colocado saco colector. O enfermeiro tem um papel fundamental no estabelecimento de parceria e comunicação com a criança/pais. Segundo os enunciados descritivos (Ordem dos Enfermeiros, 2001), o enfermeiro deve ter respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; estabelecer uma procura constante da empatia nas interacções com o cliente; estabelecer parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados e empenhar-se, tendo em vista o menor impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

O próximo procedimento seria a colheita de sangue. Providenciou-se 2ml de sacarose e explicou-se à mãe o seu objectivo. Pediu-se a colaboração da mãe na administração da sacarose, à medida que falava e acariciava o bebé, de forma a

estabelecer uma parceria de cuidados. A atenção dos pais afasta o medo que a criança sente e proporciona segurança, protecção, tranquilidade e bem-estar (Zulske et al, 2008). À medida que se procedia à punção, a mãe foi dando a sacarose na parte anterior da língua e estimulando a sucção com a chucha. A solução de sacarose é eficaz no alívio da dor no procedimento de punção. A administração da sacarose oral na parte anterior da língua é recomendada 2 minutos antes do procedimento doloroso. Contudo, apesar da sacarose, devem ser aplicadas outras medidas não farmacológicas, como a sucção não nutritiva, carícias e/ ou colo, tal como a mãe do “João” realizou e surtiu muito efeito (Gaspardo et al, 2005). A administração da sacarose minimizou a dor na criança e a parceria estabelecida com a mãe promoveu a vinculação criança/mãe, sendo estas competências do enfermeiro especialista.

O bebé esteve calmo durante todo o procedimento. A finalidade da profissão é o bem-estar de outros seres humanos. Assim, é com base nesta finalidade que devemos encontrar os melhores meios para resolver as situações que se nos apresentam como dilemáticas, no decorrer do nosso exercício profissional (Deodato, 2006).

Foi referido à mãe que agiu da melhor forma em trazer a criança ao SU e que estava no local certo para se descobrir a origem da febre e se puder intervir o mais precocemente possível.

A mãe foi dar de mamar ao “João”. Passados 30 minutos, regressou referindo que o bebé já tinha urinado. Foi realizado Combur® Teste, que se revelou negativo em todos os parâmetros.

A Pediatra optou pelo internamento, para se descobrir o foco da febre. A mãe foi informada pela médica e de imediato se procedeu ao internamento.

O “João”, um ser frágil, vulnerável e dependente, fica em vigilância. O bebé, por força da sua imaturidade biológica, reflexiva, ética, social e afectiva, é um ser profundamente dependente, frágil, susceptível de ser alvo de desrespeito pelos direitos inerentes à sua real condição de ser humano e, nessa medida, carente de uma particular protecção, tanto maior quanto mais vincada a sua personalidade (Almeida, 2006).

Houve a oportunidade de conversar com a mãe no internamento. Pareceu mais ansiosa, com os olhos muito abertos, voz trémula e perguntando constantemente à enfermeira: “do que será a febre?”. Outra preocupação, era relativamente aos outros dois filhos, que por o marido estar ausente do país, teve de os deixar com uma amiga. Ao ser abordada a transição saúde-doença, a mãe referiu mesmo, “estou a viver

completamente uma transição”. A mãe foi lembrada que está no local indicado para se descobrir a origem da febre e logo que se soubessem os resultados, seria informada. Foi entregue o Guia de Acolhimento e salientado que caso a mãe no dia seguinte quisesse ir a casa ou ter com os outros filhos, poderia ficar outro familiar a acompanhar o bebé, o que tranquilizou bastante a mãe, referindo “Não sabia que era possível, que bom. Assim amanhã vou a casa organizar o que deixei pendente e a minha mãe fica cá esse bocadinho”. Foi referido que durante a noite iria haver sempre enfermeiro e pediatra e para chamar, se precisasse de alguma informação ou ajuda.

No final deste turno, constatei que agi perante a transição saúde-doença vivenciada pela mãe. Apesar de toda a ansiedade e incerteza do diagnóstico, o diálogo estabelecido com a mãe ao longo do processo, a explicação de todos os procedimentos, a consciencialização de que estava no local adequado para se intervir o mais precocemente possível e o facto de mencionar que estaria sempre “ali” alguém para o que precisar, tranquilizaram a mãe. Esta referiu “eu tenho muita confiança em vocês, sei que o meu filho está muito bem entregue”. Segundo Deodato (2006), o dever do enfermeiro decorre da natureza da sua relação profissional com a pessoa a quem presta cuidados, cuja base é a confiança. Apliquei algumas competências de enfermeira especialista, como *“comunicar com a criança e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento”*, *“demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e a família”* e *“demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Diário de Aprendizagem

A doença e a hospitalização constituem uma situação de crise tanto para a criança, como para a família, pois coaduna com uma complexidade de eventos somáticos, psicológicos, relacionais e sociais. A experiência familiar de ida ao hospital, pode tornar-se prejudicial, ou numa fonte de crescimento e maturação, consoante os factores envolvidos (Freitas, 2005).

A enfermagem é por excelência a profissão do cuidar, atendendo o homem ao longo da sua vida. A criança e família, como tal, são alvo dos cuidados prestados pelo enfermeiro. Uma das situações em que este facto se concretiza, é a necessidade de ida à urgência com a criança, daí a importância de conhecermos profundamente como a criança/família vivencia a transição saúde-doença.

O cuidado de enfermagem torna-se extremamente importante a partir do conhecimento da transição e suas consequências ao indivíduo, em todas as circunstâncias biopsicosocioculturais. Os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidado realizadas pelo enfermeiro a uma criança/família em transição, inserem-se na compreensão da transição, a partir da perspectiva de quem a experiencia e identificação das necessidades para o cuidados com essa abordagem (Zagonel, 1999). Chick & Meleis (1986) expõem claramente que as transições recaem no domínio da enfermagem, quando elas são pertinentes à saúde ou doença, ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados à saúde.

No âmbito do estágio de Urgência Pediátrica, realizado no HSFx, tive a oportunidade de acompanhar uma criança em idade pré-escolar, que chegou na companhia da mãe e que recorreu ao hospital pela primeira vez.

O “Tomás” foi chamado para a triagem e entrou na sala a olhar para o chão, agarrado à perna da mãe e ao seu boneco. Eu disse: “Olá Tomás!”, não tendo obtido qualquer resposta. A criança, com um fôlego envergonhado, escondeu-se atrás das pernas da mãe. Até que decidi usar o seu boneco favorito como meio de comunicação e questionei: “Tens um boneco muito giro, como é que se chama?”. O “Tomás”

desviou-se lentamente das pernas da mãe e disse num tom muito baixo: “Bigui”. Eu referi: “Posso conhecer o Bigui?” e o “Tomás” aproximou-se de mim, entregou-me o boneco e sentou-se na cadeira da triagem. Brincar é importante e necessário, *“uma vez que funciona como forma de distração e agente facilitador da comunicação, além de permitir uma melhor adesão aos tratamentos”* (Batista et al, 2004, p.12). Ao comunicar com a criança/família, o enfermeiro deve adequar a linguagem ao grau de pensamento e compreensão, pois caso contrário, a criança constrói as suas próprias explicações, resultando com alguma frequência em ideias assustadoras, distorcidas e geradoras de ansiedade (Machado, 2008). A estratégia de comunicação utilizada com o “Tomás” foi eficaz, conseguindo quebrar o silêncio e promover uma aproximação criança/enfermeiro. Ao realizar estas intervenções, apliquei algumas competências do enfermeiro especialista, nomeadamente “demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família”; “demonstrar habilidades de adaptação da comunicação ao estadio de desenvolvimento da criança” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo a história relatada pela mãe, o “Tomás” estava deitado na cama dos pais a brincar e caiu para o chão. Desta queda resultou um traumatismo crânio-encefálico (TCE) sem perda de conhecimento. Do TCE resultou um hematoma fronto-parietal direito. A criança encontrava-se calma, consciente, obedecia a ordens e pela avaliação da Escala de Glasgow, apresentava Score 15. A mãe referiu que não apresentou vômitos. Os TCE constituem um dos maiores problemas de saúde pública nos EUA, Europa e outros países desenvolvidos. Antes dos 15 anos, metade das mortes devidas a trauma, são provocadas por lesões no crânio. A incidência de crianças e adolescentes com traumatismos aumentou, e as lesões na cabeça tornaram-se a maior causa de morte antes dos 35 anos. Entre as crianças que não morrem, existe uma percentagem significativa que apresenta dificuldades comportamentais e de aprendizagem (Faria, 2006).

A mãe descrevia a história rapidamente, apresentando alguma gaguez e tremor na fala. Referia, “Desculpe Sra. Enfermeira, mas estou muito stressada e sinto-me culpada por isto!”. Tranquilizou-se a mãe, referindo que se iria proceder à avaliação da situação. O *stress* consiste no conjunto de reacções fisiológicas, cognitivas e

comportamentais, que resultam de uma relação contínua, dinâmica e bidireccional, entre a pessoa e o meio, em que o meio exige, segundo a percepção do indivíduo, recursos adaptativos pessoais, para os quais o indivíduo não possui uma sólida resposta (Guerra, 2006).

Foi dado o reforço positivo pela mãe ter trazido a criança ao hospital e referindo que apesar de ser necessário vigilância, as quedas são frequentes e características do estágio de desenvolvimento da criança. Este diálogo estabeleceu-se de forma a tentar que a mãe se sentisse menos culpada, no entanto advertindo que não se pode descurar a vigilância e promovendo a adopção *“estratégias de coping e adaptação”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O coping é o *“conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo, que constituem um processo para lidar ou gerir solicitações específicas ou excessivas, independentemente da sua eficácia.”* (Oliveira, 1998, p. 290). Torna-se indispensável o estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança/pais/enfermeiro, de modo a satisfazer dúvidas, inquietações e medos, reforçando a qualidade e individualidade dos cuidados prestados e diminuindo o grau de stress vivenciado pela criança/família (Guerra, 2006).

O “Tomás” estava queixoso, apresentando um fácies sugestivo de dor e colocando muitas vezes a mão na zona do hematoma. Segundo o Guia Orientador de Boa Prática da Dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008), *“a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão.”*

Foi aplicada a Escala de Faces, tendo a criança apontado para o nº4. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação (Guia Orientador de Boa Prática da Dor, Ordem dos Enfermeiros, 2008). De acordo com o protocolo existente no serviço, foi dado à mãe um supositório de Paracetamol 250mg para administrar no “Tomás”. Para minimizar o hematoma, foi fornecido gelo e informada a mãe que deveria manter durante 20 minutos. Segundo o REPE (art.º 9, ponto 2), consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação de enfermagem. Ao realizar estas estratégias, mobilizei

conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Segundo Coyne (1995), a participação parental reduz a ansiedade da criança e dos pais em diversas situações do hospital, sendo uma área que merece uma atenção especial por parte dos enfermeiros.

A administração do analgésico ao “Tomás”, teve como objectivo a gestão da dor, promoção do seu conforto e minimização da ansiedade. O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (Guia Orientador de Boa Prática da Dor, Ordem dos Enfermeiros, 2008). Geri as medidas farmacológicas de combate à dor, aplicando assim esta competência de um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria.

Foi observado pela Pediatra, que deu indicação para realização de uma radiografia ao crânio. Após sair do gabinete, a criança foi realizar o exame, acompanhado pela mãe. À chegada ao SU tinha prescrito chá açucarado, que bebeu lentamente com agrado e tolerou. A mãe já estava mais calma, conseguindo ter uma conversa fluente, sem alterações na fala e esboçando sempre um sorriso.

Cerca de 15 minutos após a realização da radiografia, a médica observou que o crânio se apresentava íntegro e deu alta à criança. Referi à mãe, que caso o “Tomás” estivesse mais prostrado, com vômitos, cefaleias intensas e notasse alguma alteração relevante no comportamento da criança, para recorrer novamente ao SU. Ofereci um autocolante à criança de “bom comportamento”, referindo “Muito bem Tomás, portaste-te muito bem!”. Encorajar e informar a criança de como foi valente, é também uma estratégia que o enfermeiro não deve desperdiçar, de modo a promover a sua auto-estima e a sua autonomia, o que poderá, em situações futuras, diminuir o stress vivido pela criança em acontecimentos similares. O sistema de recompensas,

como ganhar estrelas ou brindes, são frequentemente valiosos (Whaley & Wong, 1997).

A reflexão desta situação, permitiu-me aplicar estratégias para minimizar a ansiedade da mãe, comunicar com a criança e gerir a sua dor, e desta forma, promover o bem-estar e equilíbrio fundamentais nesta transição saúde-doença.

Anexo XII

Artigo realizado

“A Experiência de Poder Ajudar a Viver uma Situação de Transição em Contexto de Urgência Pediátrica”

(The Experience of Can Help to Live a Situation of Transition on a Pediatric Urgency Context)

J Mendes Marques

Licenciada em Enfermagem

Enfermeira Graduada no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Serviço de Pediatria

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Universidade Católica Portuguesa

Doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem Avançada, da Universidade Católica Portuguesa

Margarida Lourenço (Co-autora)

Licenciada em Enfermagem

Mestre em Ciências de Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende

Correspondência para:

Joana Mendes Marques

Praceta Viana da Mota, nº 123, 2º Esquerdo, 2765-561 São Pedro do Estoril

Tlm: 916086723

E-mail: joana_mmarques@hotmail.com

Palavras chave: Transições, competências, enfermeiro especialista, adolescência

Keywords: Transitions, skills, specialist nurse, adolescence

Resumo

Um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão por considerar esta uma área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2005). O desafio para os enfermeiros e outros elementos envolvidos, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho,2007).

Abstract

One of the key roles in nursing is to help people to live their transitions of life. For this reason, nursing can be considered an important area, because people who lives transitions have tendency to be more vulnerable to risks, which can affect definitely their health and welfare. The real challenge for nurses and other elements who are also involved, concerns to give support necessity into life transitions process, and for these reason, can understanding this process and at same time, can implement nursing interventions, which give affective help to people, in the direction of stability and welfare of these patients.

Introdução

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como disciplina do conhecimento autónoma, que engloba conhecimentos próprios. Esta toma como objecto de estudo as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como as transições com que indivíduos, famílias e comunidades se deparam ao longo da vida.

O domínio *“é a perspectiva e o território da disciplina. Inclui o objecto de interesse, os valores e as crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina”*.¹

A teoria da transição em enfermagem proposta por Meleis refere que os enfermeiros têm como missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida.^{2,3} A transição é definida como *“a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro...transição refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação.”*²

Existem três tipos de transições, que não são mutuamente exclusivas. São estas, as desenvolvimentais (relacionadas com a mudança no ciclo vital), as situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis) e as relacionadas com situações saúde/doença.¹ A relação enfermeiro/doente/família ocorre

frequentemente durante períodos de instabilidade em qualquer um dos níveis citados.⁴ As transições recaem no domínio da enfermagem, quando elas são pertinentes à saúde ou doença, ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados com a saúde.⁵ O desafio para os enfermeiros e outros elementos envolvidos, face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.⁶

Um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão por considerar esta uma área importante para a enfermagem, é o facto das pessoas que vivenciam transições, tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar.¹ Nos processos de mudança, as transições passam por estabilidade, instabilidade e estabilidade como um fenómeno interligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela entrada, passagem e saída.⁷

As situações envolvidas com uma transição são inúmeras. Autores numeram alguns eventos como a adolescência, doença, recuperação, hospitalização, maturidade, gravidez, perda, morte.⁵ As respostas a estes eventos englobam processos psicológicos, indissociáveis do contexto sociocultural, como *“desorientação, stress, irritabilidade,*

ansiedade, depressão, mudanças no autoconceito, mudanças no desempenho de papel, mudanças na auto-estima e outros”.

7

Conhecendo estes padrões, o enfermeiro pode avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição, com o objectivo de restabelecer a instabilidade gerada.

No âmbito do estágio de Urgência Pediátrica, realizado no HSFX em contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, tive a oportunidade de conhecer uma adolescente, acompanhar e intervir no processo de transição que estava a vivenciar.

“Maria” é o nome fictício utilizado para relatar uma história recriada com base numa experiência vivida. Foram alterados alguns factos, de modo a salvaguardar as questões éticas.

Desenvolvimento

A adolescência é a etapa de vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. É dividida em três fases: inicial, compreendida entre os 10 e os 13 anos; intermédia, dos 14 aos 16 anos; tardia, depois dos 16 anos. O adolescente está face a um conjunto de tarefas que envolvem a busca de identidade, autonomia

crescente, mudanças a nível físico, cognitivo e social. Esta transição integra desafios constantes e confrontos com o mundo que o rodeia, essencialmente com os pais e outros adultos.⁸

No passado mês de Outubro, cerca das 21h, ouvem-se gritos de desespero e choro na sala de espera da Urgência Pediátrica do HSFX. O nome da “Maria” aparece de imediato no computador, para se proceder à triagem. É chamada e entra na sala de triagem. À entrada observámos uma jovem de 15 anos de idade, alta, emagrecida, bonita, com roupa adequada à idade e estação, acompanhada pela mãe. A “Maria” estava aterrorizada e descontrolada. Colocava as mãos na cara e gritava, chorava, soluçava compulsivamente, sem conseguir exprimir uma única sílaba. A mãe tentava acalmá-la, mas sem sucesso, referindo: “ela tem crises de ansiedade, mas já não tinha há muito tempo”. Subitamente, a “Maria” sai a correr da sala de triagem em direcção ao corredor do serviço e desaparece. As enfermeiras e mãe procuraram pela “Maria” e lá estava ela sentada no canto da casa-de-banho agarrada aos joelhos, a chorar e escondendo sempre a cara. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica⁹, junto do adolescente, o enfermeiro deve captar mensagens não verbais e registar mentalmente as impressões iniciais sobre o adolescente (roupas, postura, gestos, estado de ânimo, forma como se expressa, silêncios, pausas,

choro, expressão da face, nervosismo, tom de voz...).

A mãe descreveu que a jovem é seguida em Psiquiatria por antecedentes pessoais de depressão, estando no momento medicada para esse fim. Acrescenta que não é a primeira vez que tem as crises de ansiedade, mas que é pouco frequente. Foi questionado à mãe se houve alguma razão/situação que tivesse despoletado esta crise, ao que a mãe respondeu negativamente.

Pedi à “Maria” para se levantar, embora em vão. Sempre que a mãe falava, a jovem parecia ficar mais nervosa e menos receptiva ao diálogo, referindo sempre: “Não digas ao pai, não digas ao pai!”. A mãe referiu que ia esperar na sala de espera. Optei por ficar ao pé da “Maria” até acalmar-se. Após 5 minutos, o choro foi cessando, os soluços diminuindo e as mãos a descendo sobre o rosto.

Olhei para a “Maria” e disse, “eu sou a Joana e tu, como te chamas?”. Obtive uma resposta rápida, seca e sem me olhar nos olhos: “Maria”. Eu referi: “Muito prazer Maria. Estamos aqui na casa-de-banho e se fossemos as duas para um espaço mais acolhedor?”, ao que a “Maria” respondeu: “Está bem!”. Levantou-se muito lentamente e sempre a olhar para o chão seguiu-me até à sala de espera dentro do serviço, onde não se encontrava ninguém. O direito à privacidade está directamente relacionado com a relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro, adolescente e família, de forma a facilitar o

estabelecimento de diálogo e confiança mútua entre todos os elementos. O adolescente tem o direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde seja reconhecida a sua autonomia e individualidade, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde.⁸

Quando nos sentámos, constatei que a jovem tinha uma pulseira de um festival de Verão. Abordei-a sobre o festival e de imediato a “Maria” levantou a cabeça e olhou para mim, referindo: “Foi muito giro”. Perguntei se tinha irmãos, qual era a sua escola...e à medida que o diálogo ia fluindo, um pequeno esboço de sorriso era evidente na sua face. É essencial estabelecer um clima de confiança antes de abordar temas sensíveis, começando a entrevista com questões informais, abordando assuntos do quotidiano. Esta abordagem, *“além de ajudar a estabelecer uma relação de confiança, contribui também para conhecer o adolescente, a sua personalidade e situação emocional.”*⁸

A triagem foi realizada e enquanto a jovem aguardava a chamada do médico, *“demonstrei disponibilidade”* para prosseguirmos o diálogo, utilizando uma linguagem *“simples e realista”*.⁹

Perguntei à “Maria” se me queria contar o que tinha acontecido e o que despoletou esta situação. A “Maria” começou então a fazer a descrição ... “estava em casa e já estava um pouco mal disposta. Entretanto a minha mãe disse para irmos jantar ao Dolce Vita e durante o jantar comecei a sentir-me pior, com muita

ansiedade e comecei a gritar. As pessoas começaram a aproximar-se de mim e aí é que fiquei o caos...foi horrível! A minha mãe tentou acalmar-me mas não consegui, por isso é que eu vim para aqui!”. Eu questionei: “E tu, não conseguiste controlar a situação?”, ao que a jovem referiu: “Não, nunca consigo! Só o meu pai é que me consegue acalmar!”. Lembrei-me do que a jovem referia à mãe relativamente ao pai, e perguntei à “Maria”: “O teu pai ficou em casa?”, ao que respondeu: “Não, está num jantar com os amigos. Eu gosto muito do meu pai e damo-nos muito bem. Não quero que minha mãe lhe diga que estou a aqui, porque sei que ele viria logo e quero que ele se divirta no jantar!”. Fiquei impressionada com esta demonstração da parte da “Maria”. O carinho demonstrado pelo pai e a sua preocupação, transpareceram a maturidade característica da sua idade. Na adolescência o indivíduo vive um momento de “crise”, mas no sentido positivo, ou seja, está a adquirir novos conhecimentos, reestruturando-se e amadurecendo. Esse período é necessário, podendo resultar num ser mais saudável, maduro e preparado para enfrentar a vida adulta.¹⁰

A “Maria” referiu ainda que a grande causa da sua ansiedade é a escola. Citou “Eu estudo muito, mas depois chego aos testes, fico muito nervosa e não consigo tirar boas notas. Eu quero entrar em Comunicação Social, mas tenho uma média muito baixa.” Salientei que o facto de estar no 11º ano já era uma grande conquista, com o objectivo de reforçar “os

comportamentos positivos e auto-estima”⁹, mesmo que não consiga à primeira vez, sempre pode optar por fazer melhoria de notas por mais um ano e continuar o bom caminho que tem percorrido. A “Maria” foi acalmando à medida que falava e desabafava. O fâcies aterrorizado e choroso foi substituído por um sorriso e tranquilidade. Comuniquei com a jovem de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e promovi a sua auto-estima e auto-determinação, o que facilitou todo o processo de diálogo.⁹

Conclusão

As transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas das quais surgidas pelas dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspecto emocional, o bem estar físico é também importante, uma vez que o desconforto físico acompanha uma transição e pode interferir com uma passagem bem sucedida. Considerando estes aspectos, surge o cuidado de enfermagem, voltando a uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando no cliente factores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direcção a uma transição saudável, emergindo assim, o cuidado transicional.¹¹

Face à situação, apliquei as competências/estratégias de forma a lidar com uma adolescente que vivencia uma transição saúde/doença. Optei inicialmente por estabelecer uma relação de confiança

com a jovem, abordando temas do seu interesse, que posteriormente facilitou o diálogo. Usei os pré-requisitos para a relação/comunicação com o adolescente, estabelecidos pelo Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, supracitadas. Relembrando a agitação à entrada e o seu sorriso tranquilo após adoptadas estas estratégias, concluo que agi em conformidade com a situação, com a pessoa enquanto ser único e de acordo com a faixa etária, utilizando as estratégias necessárias à minimização das consequências da transição vivenciada.

Bibliografia

¹MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical nursing: development and progress**. 3ª edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

²MELEIS, Afaf Ibrahim; TRANGENSTEIN, Patricia - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. Vol. 42, nº 6 (1994), p.255-259.

³MELEIS, Afaf Ibrahim et al. - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science. Vol. 23, nº 1 (2000), p.12-28.

⁴DAVIES, Sue – Meleis theory of nursing transitions and relatives experiences of nursing home entry. Journal of Advanced Nursing. ISBN: 0309-2402. Vol.52, nº 6 (2005), p.658-671.

⁵CHICK, Norma; MELEIS, Afaf Ibrahim - Transitions: a nursing concern. **Nursing research methodology**. Aspen Publications. 1986, p. 237-257.

⁶PETRONILHO, Fernando – **Preparação do Regresso a Casa**. FORMASAU. Coimbra, 2007. ISBN: 978-972-8485-91-7.

⁷MURPHY, Shirley - Human responses to transitions: a holistic nursing perspective. Holistic Nursing Practice. Vol. 4, nº3 (1990), p. 1-7.

⁸ORDEM DOS ENFERMEIROS – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Dezembro, 2009.

⁹ORDEM DOS ENFERMEIROS – Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. 2010.

¹⁰ERIKSON, E. – Identidade, Juventude e Crise. Rio de Janeiro: Zahar. 1972.

¹¹ZAGONEL, I. P. S. - O ser adolescente gestante em transição sob a óptica da enfermagem. Pelotas: Editora Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC,1999

Anexo XIII

Contactos com as empresas de avaliação do ruído

Contactos estabelecidos para a avaliação do ruído

Dia 22 de Outubro → estabelecido contacto com três empresas

Dia 26 de Outubro → estabelecido contacto com três empresas

Dia 27 de Outubro → estabelecido contacto com o Professor Doutor Jorge Patrício (Coordenador da Pós Graduação em Acústica Ambiental da UCP)

Os contactos foram realizados inicialmente via e-mail. Após três dias, quando não era obtida resposta, entrava em contacto com as empresas via telefónica. Apenas consegui obter resposta / orçamento de três empresas. Não obtive resposta ao e-mail, nem consegui entrar em contacto com o Professor supracitado.

Através das reuniões de Orientação Tutorial, a Professora Margarida Lourenço, encaminhou-me a uma Professora do Mestrado de Médico-cirúrgica da UCP. Neste mestrado, no ano anterior, tinha sido realizado um trabalho idêntico, embora numa unidade de cuidados intensivos de adultos. A Professora disponibilizou-me o contacto da enfermeira que tinha realizado o trabalho e entrei em contacto com a colega. A enfermeira deu-me o nome e contacto da empresa que disponibilizou o sonómetro sem quaisquer custos. Entrei em contacto com a empresa que referiu já ter vendido o sonómetro.

Neste seguimento e na última semana de estágio tive conhecimento de uma pessoa conhecida que possui um sonómetro no seu local de trabalho e que se disponibiliza a emprestar. Por motivos temporais já não foi possível desenvolver a avaliação do ruído. Na Unidade há uma enfermeira responsável por essa área. Fiquei com o seu contacto, de forma a num futuro próximo realizar o estudo em conjunto.

Anexo XIV

Relatório da sessão: O ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

Plano da Sessão

Etapas da Sessão	Conteúdos Programáticos	Método
Nota introdutória	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação- Introdução e justificação do tema- Apresentação dos objectivos da acção de formação	Expositivo/participativo 5 minutos
História da Neonatologia	<ul style="list-style-type: none">- Contextualização histórica da neonatologia	Expositivo/participativo 5 minutos
Ruído	<ul style="list-style-type: none">- Conceito- Níveis sonoros em ambiente hospitalar	Expositivo/participativo 5 minutos
Recém-nascido	<ul style="list-style-type: none">- Sistema auditivo do RN- Vulnerabilidade do RN- Respostas comportamentais dos RN aos estímulos sonoros- Respostas fisiológicas dos RN aos estímulos sonoros- Estímulos stressantes para o RN	Expositivo/participativo 15 minutos
Pressão sonora	<ul style="list-style-type: none">- Nível máximo de pressão sonora, provocado por acções na UCIN- Estratégias a adoptar para reduzir o ruído	Expositivo/participativo 10 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Frase reflexiva	Expositivo/participativo 10 minutos
Total		45 minutos

Universidade Católica Portuguesa
Mestrado Profissional em Saúde Infantil e
Pediatria

O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE
- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais -

Novembro de 2010

Objectivos:

- Abordar a história da Neonatologia;
- Conhecer o conceito de ruído;
- Conhecer a evolução do sistema auditivo do neonato;
- Identificar respostas do neonato ao ruído;
- Definir estratégias para eliminar/reduzir o ruído na UCIN.

Tecnologia



Neonatologia

Contextualização Histórica:

1960 → Primeira UCIN

1963 → RN de 34 semanas com 2100g

**Era
mecanicista**

Newsweek



"Há 5 anos salvar um bebê de 2000g era memorável. Hoje o milagre começa com 500g."

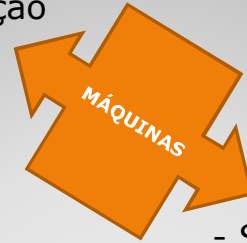


Revista Life



"Hightec" – máquinas que permanecem RN vivos

- Respiração
- Temperatura
- Alimentação



- Stress
- Desconforto
- Ruído

Ruído

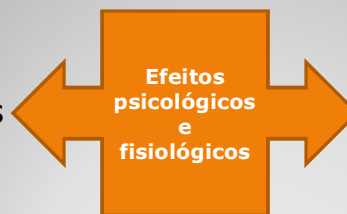


Sons desorganizados e em frequências fisiologicamente incompatíveis com o ouvido humano, que podem produzir lesões físicas, alterações psíquicas e comportamentais.

Kakehashi e Pinheiro et al (2007)

Ruído

Bebés



Profissionais

RN e o Sistema Auditivo

- 3º Trimestre → Audição
- 20 semanas → Estímulos sonoros intensos
- 24 semanas → Maturação das estruturas auditivas
- 24-25 semanas → Reflexo auropalpebral

(Basseto, 2005)



- Macio
- Aconchegante
- Temperatura agradável
- Protecção de ruídos



NASCIMENTO

- Equipamentos
- Luzes
- Ruídos
- Alterações na temperatura
- Procedimentos frequentes



“O factor humano é tido como o principal causador de ruído na UCIN. Na prática, é possível observar-se conversas entre profissionais com tons elevados, durante a passagem de turno de enfermagem, para além do número excessivo de pessoas no interior da unidade durante o dia.”

(Ichisato e Scochi, 2006)

No ambiente de uma UCIN a preocupação com os níveis de ruído é evidenciada na possível influência do ruído no sono, nos recursos fisiológicos e até mesmo nos danos provocados na cóclea com perda da audição.

(Piva, 2005)

Organização Mundial de Saúde

Níveis Sonoros em Ambiente Hospitalar



40 dB

Respostas Comportamentais dos RN aos estímulos sonoros

- Movimentos da cabeça
- Tremor das pálpebras
- Franzir da testa
- Choro
- Movimentos do corpo

Respostas Fisiológicas dos RN aos estímulos sonoros

- Hipoxia
- ↑ PIC
- ↑ TA
- Apneia
- Bradicardia
- Dificuldade de ganho de peso
- Agitação
- Choro
- Alterações na FC e FR
- Alterações no sono

Lógica
Mecanicista



Assistência
integral,
humanizada
e preventiva

Cuidado Desenvolvidor



Estímulos Stressantes para o RN:

- Múrmurios / sussuros
- Conversas
- Risadas
- Sistema de intercomunicação do hospital
- Barulho do correr da água, do andar, do rasgar plástico e do pingar gotas continuamente
- Abertura e fecho da porta
- Tilintar do material de trabalho
- Virar folhas ou removê-las de um lugar para o outro
- Puxar o papel do dispensador
- Campainha
- Click dos adesivos da fralda

(Warnock, 2003)

Nível máximo de pressão
sonora, provocado
por acções na UCIN

(Nicolau, Casal e Lopes, 2004)

Fonte Sonora	Intensidade
Descolar de um avião (a 100m)	125
Fechar a porta incubadora	120
Concerto Rock	110
Fechar porta da incubadora devagar	104
Rodar fecho da porta da incubadora	102
Abrir a porta da incubadora	102
Martelo pneumático	100
Bater gaveta	97
Queda de objecto de plástico	96
Bater com objectos na bancada	94
Tamborilar com os dedos	91
Alarme	90

Fonte Sonora	Intensidade
Camião pesado	90
Mexer com objectos de metal	87
Bater porta da UCIN	87
Bater tampa do caixote do lixo	87
Fechar porta do armário da incubadora	87
Arrastar cadeira	86
Embalagens de plástico	86
Remexer papel	85
Bater com objectos na mesa de trabalho	85
Tirar toalhetes	85
Abrir portas do armário da incubadora	84
Colocar o biberão sob a incubadora	84
Diálogos / mudar sacos do lixo	83
Telefone	82

**MUDAR PARA
MELHOR CUIDAR!**

Avaliação do
ruído na UCIN

Melhoria da
área física

Equipamentos
menos ruidosos

Sensibilização
contínua dos
profissionais

(Philbin e Gray, 2002)

Estratégias a adoptar para reduzir o ruído:

Profissionais de Saúde

- Promover programas de educação continuada para sensibilizar os profissionais em relação aos efeitos do ruído ambiente através de palestras, debates ou livros ilustrativos;
- Alertar os profissionais para manipular os equipamentos de modo suave e silencioso (lixos, fechar gavetas, materiais diversos de vidro e de inox);
- Falar baixo na UCIN, sinalizando essa recomendação com cartazes afixados nas paredes e nas incubadoras;

(Oliveira e Cunha, 2008)

- Evitar conversas e risos altos na área de cuidados aos bebês, uma vez que a incubadora reflecte o som em ressonância;
- Proibir o uso de rádio na UCIN, excepto para fins terapêuticos;
- Reduzir o número de pessoas em redor dos bebês;
- Responder rapidamente aos alarmes;
- Permitir repouso ao RN, programando actividades em períodos predeterminados;
- Instituir ritmos para as actividades diurnas e nocturnas, em que somente os procedimentos absolutamente necessários deverão sair da rotina.

(Oliveira e Cunha, 2008)

Estratégias a adoptar para reduzir o ruído:

Recém-nascido

- Evitar ruído súbito e brusco;
- Acordar o RN utilizando baixa tonalidade de voz e não falar alto perto da incubadora;
- Utilizar protectores auditivos nos RN, quando necessário;
- Controlar o número de visitantes dentro da UCIN, em especial nos períodos de repouso e manipulação mínima;

(Oliveira e Cunha, 2008)

- Orientar os pais acerca da importância de reduzir a intensidade do ruído ambiente, alertando sobre algumas estratégias como fechar suavemente a porta, manipulação cuidadosa da incubadora, falar suavemente e evitar conversas próximo da incubadora e da área de cuidado.

(Oliveira e Cunha, 2008)

Estratégias a adoptar para reduzir o ruído:

Equipamentos

- Realizar a manutenção dos equipamentos segundo recomendação do nível acústico;
- Colocar monitores e ventilador distantes da cabeceira do RN;
- Não deixar ligados, desnecessariamente, o aspirador e o oxigénio;
- Volume do toque do telefone deve ser baixo (colocá-lo longe da área de cuidado), assim como o dos alarmes e monitores; se possível utilizar alarmes luminosos;

(Oliveira e Cunha, 2008)

- Advertir os fabricantes em relação aos ruídos produzidos pelos equipamentos;
- Forrar o debímetro de O2 com algodão para reduzir o ruído interno; utilizar espuma acústica dentro da incubadora para diminuir o ruído;
- Fechar as portas da incubadora de forma silenciosa, pressionando primeiro a mola e largando-a com cuidado depois de encostar a porta;
- Forrar a cúpula da incubadora para reduzir o ruído interno;

(Oliveira e Cunha, 2008)

- Proibir a colocação de equipamentos e outros utensílios sobre a cúpula da incubadora;
- Não provocar ruídos na incubadora, evitando manipulá-la desnecessariamente e ao fazê-lo realizar de modo cuidadoso;
- Monitorizar sistematicamente o ruído nas incubadoras, mantendo-o abaixo das recomendações;
- Proteger as impressoras com coberturas à prova de som;

(Oliveira e Cunha, 2008)

- Evitar acumulação de água nos tubos de oxigénio e do ventilador;
- Substituir recipientes de lixo feitos em metal por outros feitos em plástico, mantendo-os afastados de paredes, armários ou equipamentos, para evitar atritos;
- Usar batentes nas gavetas e armários para reduzir o som do impacto; usar molas de amortecimento nas tampas do lixo.

(Oliveira e Cunha, 2008)

Estratégias a adoptar para reduzir o ruído:

Ambiente

- Realizar medições periódicas do nível de ruído ambiente;
- Manter portas fechadas das salas que estão próximas de áreas de grande fluxo de pessoas;
- Diminuir a luz sempre que possível (isto faz com que as pessoas falem mais baixo);
- Usar sinalizadores nas áreas de silêncio.

(Oliveira e Cunha, 2008)

“É importante desenvolver e manter um programa de controle de ruído que vá além da avaliação desses níveis, que promova nos profissionais, uma educação permanente e continuada, tendo em vista a consciencialização sobre os efeitos negativos do ruído no RN e o desenvolvimento de atitudes que minimizam o ruído gerado durante os cuidados prestados.”

(Philbin, 2002)

“Imagina-te nu, sem defesa, num quarto frio, barulhento, cheio de luzes e pessoas. Estás a lutar para respirar e um gigante enfia-te um tubo na boca. Ficas nauseado e queres vomitar. Tentas dormir um pouco, mas sempre que isso acontece, alguém pensa que estás em coma e abana-te. Frequentemente vem alguém e enfia-te uma agulha ou te espeta o calcanhar. Mãos enormes e frias tocam no teu corpo e apertam a tua barriga. Após alguns dias, estás exausto e só pensas em dormir, dormir, dormir...”

(Carvalho, 2000)

Bibliografia

- (Outubro de 2000). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de MÉDICO.org.br: www.paulomargotto.com.br/documentos/utineo.doc
- Abrams, R. (2000). Fetal exposures to sound and vibroacoustic stimulation. *Journal of Perinatology*, pp. 20-29.
- Aurélio, F., & Tochetto, T. (Vol. 28, nº 2 de Março de 2010). Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Revista Paul Pediatría*, pp. 162-169.
- Azevedo, M. (2000a). A vida com afeto. pp. 25-28.
- Azevedo, M. (1997). *Avaliação Auditológica no 1º Ano de Vida*. São Paulo: Roca.
- Basseto, M. (2005). *Triagem auditiva em neonatos*. Cap. 11: p. 223-234.
- Birnholz, J., & Benacerraf, B. (1983). The development of human fetal hearing. *Science*, pp. 516-518.
- Blackburn, S. (1998). Environmental Impact of the NICU on Developmental Outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, pp. 279-289.
- Cooper, M. (Vol. 15, nº 3 de Março de 1993). The intersection of technology and care in the ICU. *Advances in the nursing science*, pp. 23-32.
- Corrêa, A. (2005). *Ruído: Níveis de pressão sonora captados no interior e exterior de incubadora de cuidados intensivos neonatal*. Dissertação de Mestrado.
- Dias, M., & Afonso, J. (nº 7 de Dezembro de 2000). Efeitos da poluição sonora no ser humano. *Tecno Hospital Revista de Instalações e Equipamentos de Saúde*, pp. 28-36.

- Fernandes, P. (2008). *Ambiente sonoro numa UCIN e a música como forma de amenização desse ambiente*. Curso de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade.
- Ferraz, S. (Março/Abril de 1998). Promoção da Saúde: Viagem entre dois paradigmas. *Revista Administração Pública*, pp. 49-60.
- Glass, P. (1999). *Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. Belo Horizonte: Cap. 8.
- Graven, S. (Vol. 20 de Dezembro de 2000). Sound and the developing infant in the NICU: conclusions and recommendations for care. *Journal of Perinatology*, pp. 88-93.
- Hanel, A. (1995). *Intervenção precoce em bebês*. Vol. 2.
- Haslam, P. (1970). Noise in hospitals: its effect on the patient. *Nursing Clinics of North America*, pp. 715-724.
- Ichisato, S. (2004). *Ruído em unidade de cuidado intensivo neonatal de hospital universitário de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado.
- Ichisato, S., & Scochi, C. (2006). Ruidos na unidade de cuidado intensivo neonatal durante as passagens de plantão (enfermagem e/ou médica) e visita médica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, pp. 127-133.
- Ida Lichtig, K. M. (1991). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Pediatria São Paulo: <http://www.pediatriasapaulo.usp.br/upload/pdf/85.pdf>
- Kakehashi, T., & Pinheiro, E. (Outubro/Dezembro de 2007). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Acta Paulista de Enfermagem: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0103>
- Kiehl, E., Byers, J., & Bremmer, P. (Vol. 32, nº 4 de Julho/ Agosto de 2003). Noise and the premature infant: psychological effects and practice implications. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, pp. 447-454.

Krollmann, B., Brock, D., Nader, P., & Neiheisel, W. (2002). Advances in neonatal care: focusing on the last 20 years. *Neonatal Network* , pp. 43-49.

Lund, C. (1995). Prática de enfermagem na unidade de tratamento intensivo neonatal. *Alto risco em neonatologia* , pp. 156-167.

Malerba, M., & Consentino, A. (Vol. 4; nº 18 de Julho/Agosto de 1996). Intervenciones reguladas en el cuidado del recién nacido prematuro extremo: protocolo de intervención mínima . *Temas de Enfermería Actualizadas* , pp. 23-32.

Marrese, A. (Vol. 1; nº 1 de Julho/ Agosto de 1996). El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: um desafio para enfermagem . *Medicina Perinatal y Neonatal* , pp. 15-21.

Meyerhof, G. (1990). O neonato de risco - proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria* , pp. 246-276.

Meyerhof, P. (1996). *Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo*. Tese de Doutorado: Universidade de São Paulo.

Northern, J., & Downs, M. (1989). *Audição em crianças*. São Paulo: 3ª edição.

Oliveira, A., & Cunha, M. (Vol. 4, nº 2 de Abril de 2008). Cuidar para o desenvolvimento – Intervenção no RN pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline*.

Oliveira, T., Vasconcelos, A., & Oliveira, J. (nº 46 de 1990). Diagnóstico precoce da deficiência auditiva na criança. *Temas de Pediatria* , pp. 1-14.

Pediatrics, A. A. (Outubro de 1997). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Pediatrics: <http://aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics>

Philbin, M., & Gray, L. (2002). Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *Journal of Perinatology* , pp. 455-460.

Piva, K. (2005). *A assistência humanizada ao recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal*. Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Monografias: <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/eloeth.pdf>

Ramos, E., Nogueira, M., Piero, K., & Dutra, M. (Janeiro de 2008). Revisão sistemática sobre mensuração de ruído sonoro em unidades neonatais e incubadoras. *21º Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica* , pp. 1186-1189.

Rodarte, M. (2008). *Exposição e reatividade do prematuro ao ruído intenso durante o cuidado em incubadora*. Ribeirão Preto: Tese de Doutorado.

Santos, T., & Russo, I. (4ª edição de 1994). A audição e o desenvolvimento da linguagem. *Audiologia Infantil* , pp. 3-5.

Scocchi, C., & al, e. (2001). Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enfermagem* , pp. 9-16.

Seleny, F., & Streczyn, M. (Vol. 117 de 1969). Noise characteristics in the baby compartment of incubators. *American Journal of Diseases Children* , pp. 445-450.

Servilha, M. (Vol. 16, nº 1 de Abril de 2004). Fonoaudiologia em saúde pública/colectiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação*, pp. 107-116.

Silva, M., & Tamez, R. (1999). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Cap. 16.

Vasconcelos, T. (nº 21 de Setembro de 2005). *HSFXavier*. Obtido em 2 de Novembro de 2010, de <http://www.hsfxavier.minsaude>.

Westrup, B., & Sizun, J. (2004). Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Archives Disease Child Fetal Neonatal* , pp. 384-389.

Whitfield, M. (2003). Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Seminars in Neonatology* , pp. 185-193.

Obrigada pela atenção!



O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

DIA 16 DE NOVEMBRO DE 2010
15H

Enfermeira Joana Marques (prelectora)

(Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da UCP)

Avaliação da Formação

Acção de Formação: O Ruído nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

Elaborado por: Enf.ª Joana Marques (prelectora)

Data: 16 de Novembro de 2010

Para o preenchimento do questionário, propõe-se a utilização da escala de 1 a 4 (colocando o número no ____ à frente da frase), sendo que:

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente

I. Avaliação Global

1. Os objectivos da formação foram claro ____
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos ____
3. A duração da acção foi adequada ____

II. Avaliação do Impacto da Formação

1. Esta formação permitiu reflectir sobre a temática ____
2. Esta reflexão foi útil para o exercício das minhas funções ____
3. Os resultados obtidos irão contribuir para a melhoria dos cuidados ____

III. Avaliação da Formadora

1. A formadora revelou dominar o assunto ____
2. A metodologia utilizada foi adequada ____
3. A exposição dos assuntos foi clara ____
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva ____
5. A formadora estava motivada ____

IV. Sugestões/Críticas

Análise da Sessão

A sessão foi realizada num dia e hora sugerido pela enfermeira chefe e enfermeira orientadora, referindo ser a altura com maior número de enfermeiros no serviço.

Antes da hora marcada, preparei a sala, o computador e o material a facultar.

Estavam presentes seis enfermeiros e dois alunos da Licenciatura em Enfermagem.

No início da formação estava um pouco nervosa, uma vez que iria apresentar um tema sensível a enfermeiros peritos numa área que eu tinha pouco conhecimento. Desde o início adoptei uma atitude humilde, de diálogo e de relação entre colegas, o que facilitou bastante o desenrolar da formação. A história da neonatologia apresentada no início da sessão trouxe grandes novidades e informações que os enfermeiros não tinham conhecimento, o que despoletou mais interesse e motivação, apresentando questões e comentários.

As tabelas apresentadas sobre os decibéis que tem cada acção realizada pelos enfermeiros, gerou muitos comentários e introspecção. Percebi que a maior parte dos enfermeiros não tinha conhecimentos de como movimentos tão finos poderiam provocar tantos danos nos RN. Foi fácil compreender que o objectivo foi atingido, sensibilizar os enfermeiros para a mudança de comportamentos.

Relativamente à avaliação, em todos os itens os enfermeiros colocaram a pontuação de 4 (concordo totalmente), o que revelou uma grande satisfação da parte dos enfermeiros relativamente à formação e às competências adquiridas no final.

Como sugestão, discutida no final, foi salientada a importância de se desenvolver um estudo de avaliação do ruído (as actividades desenvolvidas para o realizar estão descritas no relatório na página 43).

Anexo XV

Trabalho desenvolvido: O ruído
nas Unidades de Cuidados
Intensivos Neonatais

Índice

1. Introdução	1
2. O Progresso da Neonatologia	3
3. A Cultura do Ruído	3
4. Desenvolvimento e Importância do Sistema Auditivo	5
5. O Ruído no Ambiente Neonatal	7
6. A Importância da Mudança nas UCN	9
7. Estratégias para Reduzir o Barulho	11
8. Conclusão	15
9. Bibliografia	17

1. Introdução

As mudanças nos conceitos de saúde e doença, nos cuidados prestados e nas formas de promoção da saúde, reflectem as transformações ocorridas nos valores sociais, culturais, institucionais, políticos, crenças, conhecimentos, características do modo de produção e práticas de uma sociedade em um determinado tempo (Ferraz, 1998).

Assim, em decorrência das transformações nos valores das sociedades, os paradigmas da saúde passam por uma transição. O paradigma biológico, dentro da perspectiva biomédica, baseado no conceito de saúde definido mundialmente, nos últimos 100 anos, como ausência de doenças, deixa de ser o único na concepção de promoção de saúde e passa a dispor da colaboração do paradigma sócio-ecológico no âmbito da perspectiva global, considerando que a saúde se promove quando há uma boa qualidade de vida, com condições adequadas de trabalho, educação, cultura física, descanso e lazer (Ferraz, 1998).

O novo modelo de assistência, considera que a saúde está vinculada às condições de vida da sociedade e aos princípios de universalização, integralidade e equidade. Mas, a concretização dessa reforma sanitária requer transformações, tais como: o redimensionalismo da concepção de saúde, a reorganização dos serviços, as mudanças no modelo assistencial e na formação dos profissionais de saúde (Servilha, 2004).

A tecnologia tem vindo a desenvolver-se diariamente no intuito de viabilizar melhorias nas diferentes áreas de prestação de serviços. A evolução tecnológica na área da saúde tem o objectivo de promover o bem-estar. No entanto, o desenvolvimento de diversos equipamentos para as necessidades imediatas, constitui uma fonte geradora de sons e ruídos. No meio hospitalar existem unidades que, dependendo da natureza dos cuidados prestados, são dotadas de diversos equipamentos e profissionais que aumentam o nível sonoro do ambiente. Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), os recém-nascidos (RN) estão expostos a um nível sonoro muito elevado em decorrência dos equipamentos (Afonso e Dias, 2000).

Para proporcionar o aumento da sobrevivência dos RN, nas UCIN, é necessário utilizar recursos tecnológicos que garantam o melhor tratamento possível. Porém, tais recursos podem produzir elevados níveis de pressão sonora e tornar o ambiente ruidoso, contribuindo

para o desenvolvimento de alterações fisiológicas e comportamentais nos bebés (Aurélío e Tochetto, 2010).

Assim, é necessário que as intervenções realizadas aos recém-nascidos tenham também em consideração o ambiente da Unidade, devido às reacções e ao próprio desenvolvimento dos bebés, que são prejudicados em função da sobrecarga de estímulos presentes na Unidade, com ruído ambiental intenso, excesso de luminosidade e grande número de procedimentos, sendo relevante promover um ambiente mais favorável ao desenvolvimentos deste seres tão vulneráveis (Meyerhof, 1990; Scochi et al, 2001).

2. O Progresso da Neonatologia

O progresso da Neonatologia tem sido muito acompanhado com o desenvolvimento das novas tecnologias, capaz de manter os bebés cada vez menores, vivos.

Em 1960, cria-se nos EUA, em Yale, a primeira UCIN. Em 1963, ocorreu o nascimento de um RN de 34 semanas com 2100g, chamado Patrick Bourier Kennedy. Nasceu e logo depois morreu por doença da membrana hialina. Por ser filho do, então Presidente dos EUA, John Kennedy, a medicina investiu na Neonatologia.

Era “mecanicista” a época em que se criavam vários aparelhos sofisticados, técnicas avançadas para manterem esses RN vivos.

A indústria neonatal é a que mais cresce nos últimos anos, com investimento de cerca de 5,6 milhões/ano. Segundo Wall Street Journal, 90% era para o desenvolvimento de máquinas.

Na capa da Newsweek, saiu a seguinte frase: *“há 5 anos salvar um bebé de 2000g era memorável. Hoje o milagre começa com 500g”*. A Revista Life, publica uma edição histórica sobre neonatologia “Hightec” – máquinas que permanecem RN vivos.

Entretanto, se por um lado essas máquinas maravilhosas mantêm esses RN vivos, criou-se uma visão mecanicista, o que causou grandes problemas. Esse ambiente tecnicista, sem calor humano e cheio de máquinas, é um ambiente gerador de stress. Esse stress não atinge somente os profissionais de saúde, como também os RN (Carvalho, 2000).

3. A Cultura do Ruído

A invasão do barulho iniciada com a revolução industrial no século XIX é a grande marca sonora do século XX. Surgem aparelhos ruidosos: máquina a vapor, locomotiva, serra eléctrica, caldeira, automóvel, avião a jacto, etc. (Sergl, s/d).

A revolução industrial invade o ambiente com uma quantidade imensa de sons indesejados, aumentando a densidade sonora e obscurecendo os sons individuais. Perde-se a perspectiva e o que se percebe é a presença de sons vindos indistintamente de todas as direcções, produzindo um caos sonoro.

Segundo a Organização das Nações Unidas, citado por Lichtig e Maki (1991), o ruído é um dos principais causadores de danos no ser humano que vive em grandes centros urbanos. Mais de 50% dos distúrbios psíquicos comuns aos habitantes das metrópoles, são provocados por esse ruído, tais como falta de concentração, nervosismo, alterações de sono, ansiedade, stress e depressão.

De acordo com a Associação Americana de Pediatria (1997) o ruído é um som indesejado. O som é uma vibração em determinado meio, normalmente o ar, e possui intensidade, frequência, periodicidade e duração. A unidade de medida da intensidade do som é o decibel (dB). Esta é uma escala logarítmica, em que se considera a unidade (1 dB) como o valor correspondente ao som mais baixo que o ouvido humano consegue detectar. Por esse facto, 10 dB correspondem a um som dez vezes mais intenso que 1 dB.

Para Kakehashi e Pinheiro et al (2007), os ruídos são sons desorganizados e em frequências fisiologicamente incompatíveis com o ouvido humano que podem produzir lesões físicas, alterações psíquicas e comportamentais. Os ruídos ambientais normalmente são incidentais, não escolhidos e existem sem o controle de volume, duração, localização ou das relações causa/efeito.

Segundo Torreira (1997), citado por Ichisato (2004), a maior parte do ruído ao qual um indivíduo é submetido divide-se em ruído de fundo (resultado de diversas fontes sonoras) e ruído de fonte (com fonte definida), que em alguns momentos se sobressai.

A evolução tecnológica e a visão futurista de um mundo controlado por máquinas invadem os hospitais. O objectivo principal é manter a vida a todo o custo, utilizando para tal toda a espécie de maquinaria.

De acordo com Billey (1994), Cropp (1994) e Greenberg (2002), citados por Corrêa (2005) o ruído hospitalar pode causar efeitos psicológicos e fisiológicos, além de danos na audição, não só no doente, como também nos profissionais de saúde que exercem as suas actividades nesse ambiente, expondo-se por tempo prolongado a vários níveis de pressão sonora.

A cultura do barulho parece estar cada vez mais insensível às sinalizações próximas e dentro dos hospitais recomendando silêncio. Muitos trabalhadores em ambiente hospitalar já se habituaram ao elevado nível do ruído de fundo. As conversas já se iniciam em elevado nível

sonoro, pois as pessoas procuram falar mais alto que o ruído de fundo (Lally, 2001, citado por Corrêa, 2005).

Com a tendência dos avanços em neonatologia decorrentes do desenvolvimento tecnológico, e com o aumento da sobrevivência de RN de baixo peso exigindo maiores períodos de hospitalização, devido a seus problemas de saúde e pouca idade gestacional, torna-se cada vez mais necessário dar atenção aos possíveis efeitos nocivos do ruído sobre estes bebês de saúde tão precária.

4. Desenvolvimento e Importância do Sistema Auditivo

O feto apresenta uma diversidade de habilidades nos seus estádios de desenvolvimento. Dorme, sonha, acorda, boceja, percebe a luz e som, tem paladar, registra sensações e mensagens sensoriais e reage quando se sente incomodado (Azevedo, 2000a).

Entretanto, é comum acreditar que a sensação auditiva só ocorrerá após o nascimento do bebê. Birnholz e Benacerraf (1983) concluíram que a audição está funcionalmente estabelecida como sensação já no início do 3º trimestre de gestação. O reflexo auropalpebral (resposta de piscar os olhos), a partir de estimulação acústica, é visível em fetos humanos com idade gestacional entre 24-25 semanas, estando consistentemente presente depois de 28 semanas.

A cóclea humana possui, fisiologicamente, função adulta normal após a 20ª semana de gestação, quando o feto já reage a estímulos sonoros intensos, passando a interagir com o mundo (Basseto, 2005). Meyerhof (1996) refere que, com 24 semanas de gestação, todas as estruturas auditivas estão maduras e por volta das 27 semanas o feto já responde a estímulos auditivos externos.

Segundo Northern e Downs (1989), em torno do 5º mês de gestação, o feto já é submetido às experiências auditivas que evidenciam processos perceptivos pré-adaptativos da percepção às dimensões acústicas da fala, sendo considerado os três últimos meses de gestação, um período crítico para a maturação da cóclea humana (Kwitko, 1994). O RN, em geral, entre 38 e 40 semanas de gestação, apresenta ao nascer uma função auditiva que esteve activa durante, aproximadamente, quatro meses.

Apesar do sistema auditivo estar preparado fisiologicamente após a 20ª semana de gestação, Glass (1999) salienta que, mesmo o núcleo coclear tendo atingido proporções adultas, diferenciando o suficiente para ser funcional a partir deste período, microscopicamente a cóclea ainda não está madura, até mesmo quando o nascimento é de termo.

Como se pode constatar, o ser humano interage activamente com o meio ambiente desde a sua vida intra-uterina. O período gestacional propicia ao feto uma sensação única de segurança, a qual é rompida imediatamente ao nascimento, pois o bebé passa a viver em condições bastante hostis, quando comparadas às condições intra-útero, sendo primordial tornar-se adaptado a estas novas condições. Felizmente, o bebé ao nascer já possui alguns mecanismos para realizar as actividades de acordo com as suas necessidades de adaptação e outros com força potencial para serem utilizados a partir da maturação orgânica e estimulação ambiental (Rodarte, 2007).

Nas UCIN, diversos factores podem alterar o desenvolvimento do bebé, entre eles Hanel (1995) destaca a imaturidade, doenças graves, procedimentos terapêuticos, condições ambientais normais com luzes constantes e ruídos atípicos, técnicas de alimentação alteradas, separação longa da mãe, inadequação de estímulos táctil, auditivo e visual, retardando ou prejudicando o desenvolvimento global do RN.

Alterações no desenvolvimento do sistema auditivo durante a vida fetal, na adaptação à vida extra-uterina, principalmente quando esta ocorre precocemente, e no processo de crescimento e desenvolvimento do bebé durante os primeiros tempos de vida, podem levar à alteração da função auditiva e, conseqüentemente, da linguagem e fala, podendo gerar no futuro, problemas emocionais e sociais na criança e seus familiares (Oliveira et al, 1990; Santos et al, 1994; Azevedo, 1997).

No ambiente de uma UCIN a preocupação com os níveis de ruído é evidenciada na possível influência do ruído no sono, nos recursos fisiológicos e até mesmo nos danos provocados na cóclea com perda da audição (Piva, 2005).

As formas de respostas produzidas pelos recém-nascidos aos estímulos sonoros vão desde movimentos da cabeça, tremor das pálpebras, franzir a testa, choro, até acordar do sono. Sendo que estímulos mais sonoros ocasionam mais movimentos corpóreos, e maior

interferência na acção respiratória e circulatória enquanto que estímulos auditivos de longa duração levam a diminuição dos movimentos corpóreos (Eckert, 1993, citado por Piva, 2005).

5. O Ruído no Ambiente Neonatal

A preocupação com os efeitos negativos do ruído hospitalar, em especial no ambiente neonatal e nas incubadoras, data das primeiras décadas do século XX. Haslam (1970) e Seleny e Streczyn (1969) citam estudos nesta temática desde os anos trinta.

Nos últimos anos, relevantes progressos tecnológicos ocorreram no campo da Neonatologia e propiciaram o crescimento nas taxas de sobrevivência dos RN pré-termo e de baixo peso. Entretanto, essas unidades que proporcionam cuidados especializados, podem favorecer o aparecimento de iatrogenias no processo de desenvolvimento desses bebés (Scochi et al, 2001).

O cuidado intensivo neonatal pode influenciar os resultados comportamentais, psicológicos, desenvolvimentais e sociais do bebé e família. Esse cuidado envolve doenças severas, ruídos, luzes, exposição a analgésicos, sedativos e outras drogas, privação da interacção materna, exposição do RN imaturo a várias fontes de stress e dor, num período em que a nível desenvolvimental, é menos hábil para enfrentá-las (Whitfield, 2003).

O RN pré-termo permanece longos períodos durante os seus primeiros meses de vida nas Unidades, expostos a uma excessiva concentração de ruídos contínuos e imprevisíveis. O ruído é um potente agente de stress para o prematuro e tem sido comparado aos aminoglicosídeos no desenvolvimento da cóclea. Nos seres humanos, a interacção entre o sistema auditivo e o ambiente é fundamental para o desenvolvimento normal (Kiehl et al, 2003).

Apesar da diminuição da taxa de mortalidade neonatal, as crianças que nascem com prematuridade extrema continuam a ser de risco, devido aos resultados pouco produtivos do desenvolvimento neurológico e por apresentarem uma maior incidência de problemas motores e sensoriais, tais como problemas auditivos e outros relativos ao desenvolvimento, que podem ser, em parte, atribuídos aos cuidados recebidos na Unidade (Marrese, 1996). A morbilidade tornou-se uma preocupação entre os sobreviventes.

O factor humano é tido como o principal causador de ruído na UCIN. Na prática, é possível observar-se conversas entre profissionais com tons elevados, durante a passagem de turno de enfermagem, para além do número excessivo de pessoas no interior da unidade durante o dia (Ichisato e Scochi, 2006).

As UCIN promovem um ambiente totalmente contrário ao intra-uterino, o qual é macio, aconchegante, com temperatura agradável e capacidade de filtrar e diminuir os sons extra-uterinos (Silva et al, 1999). O ambiente da Unidade é composto por vários equipamentos, luzes e ruídos fortes e constantes, alterações na temperatura, frequentes avaliações e procedimentos, o que priva os RN de momentos de sono profundo e descanso, com a interrupção do sono, em média, de 132 vezes em 24 horas, com períodos de descanso entre 4 e 9 minutos consecutivos (Malerba, 1996; Maresse, 1996; Silva, 1999), causando um desequilíbrio biológico (Oliva, 1990). Estas inadequadas condições são fontes de stress e estimulação sensorial inadequadas e ambos podem afectar negativamente a condição de saúde do RN. A Unidade, promovendo um ambiente favorável, pode reduzir as sequelas iatrogénicas (Glass, 1999). *“A tecnologia na unidade de cuidados intensivos neonatais é projectada para ser invencível, invulnerável, objectiva, insensível e prognóstica, em contraste com as características humanas de vulnerabilidade, subjectividade e imprognosticabilidade”* (Cooper, 1993, p. 25).

As respostas fisiológicas e comportamentais do RN, em relação ao ruído, incluem hipoxia, aumento da pressão intracraniana e da pressão sanguínea, com predisposição à hemorragia craniana intraventricular nos prematuros, apneia, bradicardia, dificuldade de ganho de peso (Silva, 1999), indução a uma redução global na resposta auditiva e no seu desenvolvimento (Lund, 1995). Ruidos súbitos causam agitação, choro, mudanças nas frequências cardíaca e respiratória, mudanças na pressão sanguínea, oxigenação, respiração, movimentos peristálticos intestinais, consumo de glicose e alteração do estado de repouso e sono, (Graven, 2000).

A privação de sono pode interferir no crescimento e no desenvolvimento do bebé, uma vez que a hormona de crescimento (responsável pelos ciclos reguladores de sono e vigília) atinge picos durante o sono activo. A privação de sono aumenta a probabilidade de períodos de apneia, com as consequências que advêm desse tipo de ocorrência (Marba, 2003; Rocha, 2004, citados por Corrêa, 2005).

Embora essas mudanças fisiológicas possam ser esporádicas, episódios múltiplos podem resultar em apneia e bradicardia. O efeito do ruído no sono deve ser considerado como uma causa potencial de hipoxemia e fonte de morbidade neonatal. A hipoxemia pode decorrer do esforço e do choro causados pela manipulação do bebê. Os ruídos ambientais pode conduzir ao choro, o qual pode causar hipoxemia e elevação da pressão intracraniana. Os resultados futuros de repetidas flutuações nesses parâmetros é incerto (Kiehl, 2003).

As normas relativas aos níveis de ruídos compatíveis com a saúde auditiva em ambiente hospitalar divergem no aspecto dos níveis sonoros aceitáveis. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, para a área interna hospitalar, os níveis sonoros não devem exceder os 40dB. Os critérios de ruídos permissíveis, segundo Graven (2000), protegem o sono, ajudam a manter os sinais vitais estáveis, melhoram a inteligibilidade de fala para os bebês na maior parte do tempo e reduzem os potenciais efeitos adversos no desenvolvimento auditivo dos bebês prematuros.

6. A Importância da Mudança nas UCN

Como a prevenção da perda auditiva no neonato é um tema de extrema importância, devem ser providenciados cuidados para evitar a exposição do sistema auditivo imaturo do feto e dos neonatos a ruídos contínuos ou impulsivos, os quais podem produzir perda auditiva (Abrams, 2000).

A maior atenção ao nível de ruído no ambiente neonatal, insere-se na tendência de mudança do modelo de assistência em unidades neonatais, com a transformação do foco da recuperação da lógica mecanicista, para uma assistência integral, humanizada e preventiva, centrada no processo saúde-doença e no cuidado, preocupando-se também com a família e a qualidade de vida. O paradigma biotecnológico foi substituído pelo holismo (Scochi et al, 2001). Intervenções desenvolvimentais começaram a ter prioridade a partir de 1982 e a estimulação mínima passa a ser promovida. Até esse momento, a atenção para os factores ambientais, como a luminosidade e o ruído, ainda não era desenvolvida e a visita ao RN era delimitada aos pais e em horários específicos (Krollmann et al, 2002).

O cuidado desenvolvimental apresenta como filosofia, o “re-pensar” das relações entre o bebê, a família e os profissionais, com vista à realização de intervenções no ambiente e

no cuidado individualizado ao prematuro, com base nas observações comportamentais. Dentro destas intervenções, tem-se em conta a realização de procedimentos dirigidos à redução do ruído e da luminosidade constantes, o posicionamento do RN em flexão para simular a posição intra-uterina, o agrupamento dos cuidados para promover o repouso, o estímulo à sucção não-nutritiva e ao cuidado canguru, a manutenção dos gémeos no mesmo leito, as actividades que promovam o estado de regulação do bebé e a colaboração dos familiares no cuidado para a promoção do vínculo afectivo (Kiehl et al, 2003).

Este conceito deve ser usado nas intervenções médicas e de enfermagem, minimizando o stress no neonato prematuro durante a sua permanência na UCIN e o desenvolvimento neurocomportamental óptimo (Westrup e Sizun, 2004). Warnnock (2003), identificou 18 fontes diferentes de estímulos stressantes para o RN: murmúrios/sussurros, conversas, risadas, sistema de intercomunicação no hospital, barulho do correr da água, do andar, de rasgar plástico e do pingar gotas continuamente, abertura e fecho de porta, tilintar dos instrumentos, virar folhas ou removê-las de um lugar para outro, puxar papel do dispensador, cobertores ao serem dobrados, campainha, restrição removida abruptamente, empurrar cortinas, click dos adesivos da fralda e estalo da tesoura. Para Piva (2005), os ruídos externos mais frequentes numa UCIN são telefones a tocar, diálogos estabelecidos entre os profissionais e familiares, alarmes de monitores de sinais vitais e de máquinas de soros, cadeiras a arrastar, o movimento de aparelhos grandes (raios-X, por exemplo), portas a bater. Estes ruídos podem por vezes alcançar intensidades de 110 dB e em algumas situações até 120 dB. Acrescenta ainda, o colocar o biberão em cima da incubadora (84 dB), fechar a porta da incubadora (80 dB), alarme da incubadora (67 dB), conversação normal (45 a 50 dB), e o sussurrar (30 dB).

Nzama, Nolte e Dorfling (1995), citados por Ichisato (2004) apontam que o cuidado na manipulação dos equipamentos pode reduzir o ruído ambiente de 69 para 58 dB ou menos, uma vez que muitos ruídos têm a sua origem em movimentos apressados e bruscos dos profissionais (abrir e fechar o caixote do lixo, amarrotar papel, batidas nas incubadoras, bater a porta, deixar cair capas dos processos em cima da mesa).

Dentro da perspectiva desenvolvimental, no aspecto de manipular o ambiente com o objectivo de minimizar o ruído na Unidade, destaca-se a relevância do controle do ruído

produzido pelo motor e manuseio da incubadora. Apesar do seu papel importante, a incubadora requer cuidados especiais quanto à sua manipulação e controle (Rodarte, 2008).

O manuseamento e controle do ruído deve ser preocupação de toda a equipa de saúde que presta cuidados nas UCIN, particularmente para a enfermagem, cujos profissionais assumem o cuidado directo dos prematuros em incubadoras, nas 24h do dia, além de serem responsáveis pelo manuseamento e controle desses equipamentos. Os pais e outros familiares dos bebés também devem estar alertados sobre esse aspecto do cuidado desenvolvimental, pois actualmente estão mais presentes nas unidades neonatais e executam vários cuidados ao bebé.

7. Estratégias para Reduzir o Barulho

As mudanças estruturais e comportamentais da equipa multidisciplinar, podem alterar o nível de ruído. Os resultados positivos a serem alcançados, retratam a política do hospital, o planeamento das melhorias da área física, bem como a política de educação continuada, abrangendo todos os funcionários. O esforço humano na adaptação de comportamentos de trabalho menos ruidosos é necessário, mas não o suficiente para se criar um ambiente de conforto acústico (Philbin e Gray, 2002).

Nas rotinas das UCIN há muita preocupação da equipe de saúde em monitorizar os parâmetros fisiológicos do RN, bem como de calibrar os equipamentos, porém não há uma atenção dos profissionais no sentido de se avaliar sistematicamente a ecologia ambiental. A literatura destaca que as práticas assistenciais dirigem-se às "vítimas" das inadequações ambientais, sem uma atitude pró-activa que assegure a melhoria da ecologia hospitalar. Dentro deste contexto, as UCIN devem procurar estabelecer estratégias que possibilitem o cuidado ao RN, que promova o seu desenvolvimento, adoptando condutas que minimizem os estímulos ambientais adversos.

A sensibilização dos profissionais em relação a esta problemática deve ser realizada com alguma frequência pois existe a tendência para alguns pormenores serem desvalorizados com o passar do tempo. Estabelecer um controlo do nível dos alarmes e orientar a equipa sobre o barulho produzido pelas conversas e atitudes eficazes através de respostas imediatas aos alarmes disparados, manipulação da incubadora com cuidado, evitar apoiar objectos e

bater com os dedos sobre as superfícies das incubadoras. Sinalizar o ambiente da UCIN como área de silêncio, estabelecer períodos por turno em que se diminui a rotina e os procedimentos, a fim de obter um bom controlo acústico do ambiente (Tamez e Silva, 2002, Nascimento e Martins, 2003, citados por Piva, 2005).

Ao protocolar uma só “hora do silêncio” por dia, em que não se toca no RN, se não houver uma situação emergente ou prioritária, consegue-se que o bebé apresente mais períodos de sono profundo, menos períodos de choro e diminuição dos níveis de stress (Strauch, Brandt et al, 1993, citados por Vasconcelos, 2005).

É necessário reduzir o impacto do ambiente numa UCN relativamente ao bebé e família, estabelecendo algumas estratégias (Oliveira e Cunha, 2008):

a) Em relação aos profissionais de saúde

- Promover programas de educação continuada para sensibilizar os profissionais em relação aos efeitos do ruído ambiente através de palestras, debates ou livros ilustrativos;
- Alertar os profissionais para manipular os equipamentos de modo suave e silencioso (lixos, fechar gavetas, materiais diversos de vidro e de inox);
- Falar baixo na UCIN, sinalizando essa recomendação com cartazes afixados nas paredes e nas incubadoras;
- Evitar conversas e risos altos na área de cuidados aos bebés, uma vez que a incubadora reflecte o som em ressonância;
- Proibir o uso de rádio na UCIN, excepto para fins terapêuticos;
- Reduzir o número de pessoas em redor dos bebés;
- Responder rapidamente aos alarmes;
- Permitir repouso ao RN, programando actividades em períodos predeterminados;
- Instituir ritmos para as actividades diurnas e nocturnas, em que somente os procedimentos absolutamente necessários deverão sair da rotina.

b) Em relação ao RN

- Evitar ruído súbito e brusco;
- Acordar o RN utilizando baixa tonalidade de voz e não falar alto perto da incubadora;
- Utilizar protectores auditivos nos RN, quando necessário;
- Controlar o número de visitantes dentro da UCIN, em especial nos períodos de repouso e manipulação mínima;
- Orientar os pais acerca da importância de reduzir a intensidade do ruído ambiente, alertando sobre algumas estratégias como fechar suavemente a porta, manipulação cuidadosa da incubadora, falar suavemente e evitar conversas próximo da incubadora e da área de cuidado.

c) Em relação aos equipamentos

- Realizar a manutenção dos equipamentos segundo recomendação do nível acústico;
- Colocar monitores e ventilador distantes da cabeceira do RN;
- Não deixar ligados, desnecessariamente, o aspirador e o oxigénio;
- Volume do toque do telefone deve ser baixo (colocá-lo longe da área de cuidado), assim como o dos alarmes e monitores; se possível utilizar alarmes luminosos;
- Advertir os fabricantes em relação aos ruídos produzidos pelos equipamentos;
- Forrar o debitómetro de O₂ com algodão para reduzir o ruído interno; utilizar espuma acústica dentro da incubadora para diminuir o ruído;
- Fechar as portas da incubadora de forma silenciosa, pressionando primeiro a mola e largando-a com cuidado depois de encostar a porta;
- Forrar a cúpula da incubadora para reduzir o ruído interno;
- Proibir a colocação de equipamentos e outros utensílios sobre a cúpula da incubadora;
- Não provocar ruídos na incubadora, evitando manipulá-la desnecessariamente e ao fazê-lo realizar de modo cuidadoso;

- Monitorizar sistematicamente o ruído nas incubadoras, mantendo-o abaixo das recomendações;
- Proteger as impressoras com coberturas à prova de som;
- Evitar acumulação de água nos tubos de oxigénio e do ventilador;
- Substituir recipientes de lixo feitos em metal por outros feitos em plástico, mantendo-os afastados de paredes, armários ou equipamentos, para evitar atritos;
- Usar batentes nas gavetas e armários para reduzir o som do impacto; usar molas de amortecimento nas tampas do lixo.

d) Em relação ao ambiente

- Realizar medições periódicas do nível de ruído ambiente;
- Manter portas fechadas das salas que estão próximas de áreas de grande fluxo de pessoas;
- Diminuir a luz sempre que possível (isto faz com que as pessoas falem mais baixo);
- Usar sinalizadores nas áreas de silêncio.

Alguns melhoramentos nas UCIN podem também diminuir o ruído ambiente. Cada vez mais se preconiza quartos individuais ou salas com menos unidades de internamento, bem como a divisão entre a zona onde estão os bebés e a zona de trabalho dos profissionais. A utilização de painéis visuais para avisar os profissionais do nível de ruído existente no ambiente é também muito importante para a sensibilização dos mesmos (Fernandes, 2008).

Assim, as medidas para redução de ruído não devem ser analisadas separadamente, pois incluem uma rede de acções interdependentes dirigidas aos recursos humanos, ambiente físico e equipamentos. A quebra de um dos elos, desencadeia uma sucessão de efeitos que comprometem a qualidade da assistência aos prematuros e famílias, bem como o bem-estar e a saúde auditiva dos bebés e profissionais (Ichisato e Scochi, 2006).

8. Conclusão

A tecnologia desenvolve-se diariamente com o intuito de viabilizar melhorias nas diferentes áreas de prestação de serviços. A evolução tecnológica na área da saúde tem o objectivo de promover o bem-estar. No entanto, o desenvolvimento de diversos equipamentos para as necessidades imediatas, constitui uma fonte geradora de sons e ruídos. No meio hospitalar existem unidades que, dependendo da natureza dos cuidados prestados, são dotadas de diversos equipamentos e profissionais que aumentam muito o nível sonoro do ambiente. Nas UCIN, os RN estão expostos a um nível sonoro muito elevado, devido aos equipamentos (Dias e Afonso, 2000).

Assim, é necessário que as acções de intervenção em bebés considerem também o controle do ambiente, devido às reacções e ao próprio desenvolvimento dos bebés. Estes são prejudicados em função da sobrecarga de estímulos presentes na UCIN, com o ruído ambiental intenso, excesso de luminosidade e grande número de procedimentos, sendo fundamental promover um ambiente mais favorável ao desenvolvimento do bebé (Scochi et al, 2001).

A avaliação do ruído, fundamental para a implantação de mudanças que possibilitem diminuí-lo, constitui um desafio no ambiente da UCIN, devido à complexidade das diferentes fontes, variação do número de bebés internados, número de profissionais dentro da UCIN, características físicas das unidades, do período do dia e dos diferentes tipos de cuidados. Acrescenta-se ainda, a inexistência de normas específicas para o controle desse ruído nas UCIN e a necessidade de formação à equipa multidisciplinar (Ramos et al, 2008).

Todos os elementos da equipa multidisciplinar influenciam o aumento dos níveis de ruído, motivo pelo qual grande parte do trabalho para diminuir esse nível, deve estar focado na consciencialização dos profissionais, sobre a necessidade de modificar os comportamentos. Como um dos principais cuidadores, cabe ao enfermeiro a função de controlar o ambiente da UCIN, modulando-o ao bebé (Blackburn, 1998).

O conhecimento dos efeitos fisiológicos e comportamentais negativos nos RN decorrentes do ruído e a literatura sobre as consequências do ambiente para o neonato, traduz nos hospitais, a obrigação de mensurar os níveis sonoros nas unidades neonatais e incubadoras. Destaca-se a relevância de se desenvolver e manter um programa de controle de ruído que vá além da avaliação desses níveis, mas que promova nos profissionais, uma

educação permanente e continuada, tendo em vista a consciencialização sobre os efeitos negativos do ruído no RN e o desenvolvimento de atitudes que minimizam o ruído gerado durante os cuidados prestados (Philbin, 2002).

9. Bibliografia

- (Outubro de 2000). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de MÉDICO.org.br: www.paulomargotto.com.br/documentos/utineo.doc
- Abrams, R. (2000). Fetal exposures to sound and vibroacoustic stimulation. *Journal of Perinatology* , pp. 20-29.
- Aurélio, F., & Tochetto, T. (Vol. 28, nº 2 de Março de 2010). Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Revista Paul Pediatría* , pp. 162-169.
- Azevedo, M. (2000a). A vida com afeto. pp. 25-28.
- Azevedo, M. (1997). *Avaliação Audiológica no 1º Ano de Vida*. São Paulo: Roca.
- Basseto, M. (2005). *Triagem auditiva em neonatos*. Cap. 11: p. 223-234.
- Birnholz, J., & Benacerraf, B. (1983). The development of human fetal hearing. *Science* , pp. 516-518.
- Blackburn, S. (1998). Enviromental Impact of the NICU on Developmental Outcomes. *Journal of Pediatric Nursing* , pp. 279-289.
- Cooper, M. (Vol. 15, nº 3 de Março de 1993). The intersection of technology and care in the ICU. *Advances in the nursing science* , pp. 23-32.
- Corrêa, A. (2005). *Ruído: Níveis de pressão sonora captados no interior e exterior de incubadora de cuidados intensivos neonatal*. Dissertação de Mestrado.
- Dias, M., & Afonso, J. (nº 7 de Dezembro de 2000). Efeitos da poluição sonora no ser humano. *Tecno Hospital Revista de Instalações e Equipamentos de Saúde* , pp. 28-36.
- Fernandes, P. (2008). *Ambiente sonoro numa UCIN e a música como forma de amenização desse ambiente*. Curso de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade.
- Ferraz, S. (Março/Abril de 1998). Promoção da Saúde: Viagem entre dois paradigmas. *Revista Administração Pública* , pp. 49-60.
- Glass, P. (1999). *Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. Belo Horizonte: Cap. 8.
- Graven, S. (Vol. 20 de Dezembro de 2000). Sound and the developing infant in the NICU: conclusions and recommendations for care. *Journal of Perinatology* , pp. 88-93.
- Hanel, A. (1995). *Intervenção precoce em bebês*. Vol. 2.

Haslam, P. (1970). Noise in hospitals: its effect on the patient. *Nursing Clinics of North America* , pp. 715-724.

Ichisato, S. (2004). *Ruido em unidade de cuidado intensivo neonatal de hospital universitário de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado.

Ichisato, S., & Scochi, C. (2006). Ruidos na unidade de cuidado intensivo neonatal durante as passagens de plantão (enfermagem e/ou médica) e visita médica. *Ciência, Cuidado e Saúde* , pp. 127-133.

Ida Lichtig, K. M. (1991). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Pediatria São Paulo: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/85.pdf>

Takehashi, T., & Pinheiro, E. (Outubro/Dezembro de 2007). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Acta Paulista de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

Kiehl, E., Byers, J., & Bremmer, P. (Vol. 32, nº 4 de Julho/ Agosto de 2003). Noise and the premature infant: psysiological effects and practice implications. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* , pp. 447-454.

Krollmann, B., Brock, D., Nader, P., & Neiheisel, W. (2002). Advances in neonatal care: focusing on the last 20 years. *Neonatal Network* , pp. 43-49.

Lund, C. (1995). Prática de enfermagem na unidade de tratamento intensivo neonatal. *Alto risco em neonatologia* , pp. 156-167.

Malerba, M., & Consentino, A. (Vol. 4; nº 18 de Julho/Agosto de 1996). Intervenciones reguladas en el cuidado del recién nacido prematura extremo: protocolo de intervención mínima . *Temas de Enfermeria Actualizadas* , pp. 23-32.

Marrese, A. (Vol. 1; nº 1 de Julho/ Agosto de 1996). El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: um desafio para enfermeria . *Medicina Perinatal y Neonatal* , pp. 15-21.

Meyerhof, G. (1990). O neonato de risco - proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria* , pp. 246-276.

Meyerhof, P. (1996). *Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo*. Tese de Doutorado: Universidade de São Paulo.

Northern, J., & Downs, M. (1989). *Audição em crianças*. São Paulo: 3ª edição.

Oliveira, A., & Cunha, M. (Vol. 4, nº 2 de Abril de 2008). Cuidar para o desenvolvimento - Intervenção no RN pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline* .

Oliveira, T., Vasconcelos, A., & Oliveira, J. (nº 46 de 1990). Diagnóstico precoce da deficiência auditiva na criança. *Temas de Pediatria* , pp. 1-14.

Pediatrics, A. A. (Outubro de 1997). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Pediatrics: <http://aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics>

Philbin, M., & Gray, L. (2002). Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *Journal of Perinatology* , pp. 455-460.

Piva, K. (2005). *A assistência humanizada ao recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal*. Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Monografias: <http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/eloeth.pdf>

Ramos, E., Nogueira, M., Piero, K., & Dutra, M. (Janeiro de 2008). Revisão sistemática sobre mensuração de ruído sonoro em unidades neonatais e incubadoras. *21º Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica* , pp. 1186-1189.

Rodarte, M. (2008). *Exposição e reatividade do prematuro ao ruído intenso durante o cuidado em incubadora*. Ribeirão Preto: Tese de Doutorado.

Santos, T., & Russo, I. (4ª edição de 1994). A audição e o desenvolvimento da linguagem. *Audiologia Infantil* , pp. 3-5.

Scochi, C., & al, e. (2001). Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enfermagem* , pp. 9-16.

Seleny, F., & Streczyn, M. (Vol. 117 de 1969). Noise characteristics in the baby compartment of incubators. *American Journal of Diseases Children* , pp. 445-450.

Servilha, M. (Vol. 16, nº 1 de Abril de 2004). Fonoaudiologia em saúde pública/colectiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação* , pp. 107-116.

Silva, M., & Tamez, R. (1999). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Cap. 16.

Vasconcelos, T. (nº 21 de Setembro de 2005). *HSFXavier*. Obtido em 2 de Novembro de 2010, de <http://www.hsfxavier.minsaude>.

Westrup, B., & Sizun, J. (2004). Early developmental care for preterm neonates: a call for more research. *Archives Disease Child Fetal Neonatal* , pp. 384-389.

Whitfield, M. (2003). Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Seminars in Neonatology* , pp. 185-193.

Anexo XVI

Artigo realizado

A Minimização do Ruído como um Cuidado Desenvolvidamental nas Unidades de Neonatologia

Joana Mendes Marques

Licenciada em Enfermagem

Enfermeira Graduada no CMRA lcoitão
Mestranda em ESIP

Doutoranda em Enfermagem Avançada
na UCP

Margarida Lourenço (Co-autora)

Licenciada em Enfermagem

Mestre em Ciências de Enfermagem, na
Universidade Católica Portuguesa

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem

Maria Fernanda Resende

Resumo

A tecnologia desenvolve-se diariamente com o intuito de viabilizar melhorias nas diferentes áreas de prestação de serviços. A evolução tecnológica na área da saúde tem o objectivo de promover o bem-estar. No entanto, o desenvolvimento de diversos equipamentos para as necessidades imediatas, constitui uma fonte geradora de sons e ruídos. No meio hospitalar existem unidades que, dependendo da natureza dos cuidados prestados, são dotadas de diversos equipamentos e profissionais que aumentam muito o nível sonoro do ambiente. Nas UCIN, os RN estão expostos a um nível sonoro muito elevado, devido aos equipamentos, sendo que muito desse ruído pode ser evitado ou minimizado. O enfermeiro tem um grande papel nesta mudança e deve implementar estratégias de forma a promover a qualidade dos cuidados.

Palavras chave: Recém-nascido; ruído; estratégias.

Abstract

The technology is developed with the daily order to facilitate improvements in different areas of service delivery. The evolution technology in health has the objective of promoting the welfare. However, the development of variation equipment for immediate needs, is a source of sounds and noises. In a hospital units exist, depending of the nature of care, are provided with various equipment and professional that increase the noise level of the environment.

In the NICU, infants are exposed to a noise level very high, due the equipment, and much of this noise can be avoided or minimized. Nurses have a major role in this change and must implement strategies that promote the quality of care.

Keywords: Newborn; noise; strategies.

1. Introdução

As mudanças nos conceitos de saúde e doença, nos cuidados prestados e nas formas de promoção da saúde, reflectem as transformações ocorridas nos valores sociais, culturais, institucionais, políticos, crenças, conhecimentos, características do modo de produção e práticas de uma sociedade em um determinado tempo (Ferraz, 1998).

Assim, em decorrência das transformações nos valores das sociedades, os paradigmas da saúde passam por uma transição. O paradigma biológico, dentro da perspectiva biomédica, baseado no conceito de saúde definido mundialmente, nos últimos 100 anos, como ausência de doenças, deixa de ser o único na concepção de promoção de saúde e passa a dispor da colaboração do paradigma sócio-ecológico no âmbito da perspectiva global, considerando que a saúde se promove quando há uma boa qualidade de vida, com condições adequadas de trabalho, educação, cultura física, descanso e lazer (Ferraz, 1998).

O novo modelo de assistência, considera que a saúde está vinculada às condições de vida da sociedade e aos princípios de universalização,

integralidade e equidade. Mas, a concretização dessa reforma sanitária requer transformações, tais como: o redimensionalismo da concepção de saúde, a reorganização dos serviços, as mudanças no modelo assistencial e na formação dos profissionais de saúde (Servilha, 2004).

A tecnologia tem vindo a desenvolver-se diariamente no intuito de viabilizar melhorias nas diferentes áreas de prestação de serviços. A evolução tecnológica na área da saúde tem o objectivo de promover o bem-estar. No entanto, o desenvolvimento de diversos equipamentos para as necessidades imediatas, constitui uma fonte geradora de sons e ruídos. No meio hospitalar existem unidades que, dependendo da natureza dos cuidados prestados, são dotadas de diversos equipamentos e profissionais que aumentam o nível sonoro do ambiente. Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), os recém-nascidos (RN) estão expostos a um nível sonoro muito elevado em decorrência dos equipamentos (Afonso e Dias, 2000).

Para proporcionar o aumento da sobrevivência dos RN, nas UCIN, é necessário utilizar recursos tecnológicos que garantam o melhor tratamento possível. Porém, tais recursos podem produzir elevados níveis de pressão

sonora e tornar o ambiente ruidoso, contribuindo para o desenvolvimento de alterações fisiológicas e comportamentais nos bebês (Aurélio e Tochetto, 2010).

Assim, é necessário que as intervenções realizadas aos recém-nascidos tenham também em consideração o ambiente da Unidade, devido às reacções e ao próprio desenvolvimento dos bebês, que são prejudicados em função da sobrecarga de estímulos presentes na Unidade, com ruído ambiental intenso, excesso de luminosidade e grande número de procedimentos, sendo relevante promover um ambiente mais favorável ao desenvolvimentos deste seres tão vulneráveis (Meyerhof, 1990; Scochi et al, 2001).

2. O Ruído no Ambiente Neonatal

A preocupação com os efeitos negativos do ruído hospitalar, em especial no ambiente neonatal e nas incubadoras, data das primeiras décadas do século XX. Haslam (1970) e Seleny e Streczyn (1969) citam estudos nesta temática desde os anos trinta.

Nos últimos anos, relevantes progressos tecnológicos ocorreram no campo da Neonatologia e propiciaram o

crescimento nas taxas de sobrevivência dos RN pré-termo e de baixo peso. Entretanto, essas unidades que proporcionam cuidados especializados, podem favorecer o aparecimento de iatrogenias no processo de desenvolvimento desses bebês (Scochi et al, 2001).

O cuidado intensivo neonatal pode influenciar os resultados comportamentais, psicológicos, desenvolvimentais e sociais do bebê e família. Esse cuidado envolve doenças severas, ruídos, luzes, exposição a analgésicos, sedativos e outras drogas, privação da interação materna, exposição do RN imaturo a várias fontes de stress e dor, num período em que a nível desenvolvimental, é menos hábil para enfrentá-las (Whitfield, 2003).

O RN pré-termo permanece longos períodos durante os seus primeiros meses de vida nas Unidades, expostos a uma excessiva concentração de ruídos contínuos e imprevisíveis. O ruído é um potente agente de stress para o prematuro e tem sido comparado aos aminoglicosídeos no desenvolvimento da cóclea. Nos seres humanos, a interação entre o sistema auditivo e o ambiente é fundamental para o desenvolvimento normal (Kiehl et al, 2003).

Apesar da diminuição da taxa de mortalidade neonatal, as crianças que nascem com prematuridade extrema continuam a ser de risco, devido aos resultados pouco produtivos do desenvolvimento neurológico e por apresentarem uma maior incidência de problemas motores e sensoriais, tais como problemas auditivos e outros relativos ao desenvolvimento, que podem ser, em parte, atribuídos aos cuidados recebidos na Unidade (Marrese, 1996). A morbilidade tornou-se uma preocupação entre os sobreviventes.

O factor humano é tido como o principal causador de ruído na UCIN. Na prática, é possível observar-se conversas entre profissionais com tons elevados, durante a passagem de turno de enfermagem, para além do número excessivo de pessoas no interior da unidade durante o dia (Ichisato e Scochi, 2006).

As UCIN promovem um ambiente totalmente contrário ao intra-uterino, o qual é macio, aconchegante, com temperatura agradável e capacidade de filtrar e diminuir os sons extra-uterinos (Silva et al, 1999). O ambiente da Unidade é composto por vários equipamentos, luzes e ruídos fortes e constantes, alterações na temperatura, frequentes avaliações e

procedimentos, o que priva os RN de momentos de sono profundo e descanso, com a interrupção do sono, em média, de 132 vezes em 24 horas, com períodos de descanso entre 4 e 9 minutos consecutivos (Malerba, 1996; Maresse, 1996; Silva, 1999), causando um desequilíbrio biológico (Oliva, 1990). Estas inadequadas condições são fontes de stress e estimulação sensorial inadequadas e ambos podem afectar negativamente a condição de saúde do RN. A Unidade, promovendo um ambiente favorável, pode reduzir as sequelas iatrogénicas (Glass, 1999). “*A tecnologia na unidade de cuidados intensivos neonatais é projectada para ser invencível, invulnerável, objectiva, insensível e prognóstica, em contraste com as características humanas de vulnerabilidade, subjectividade e imprognosticabilidade*” (Cooper, 1993, p. 25).

As respostas fisiológicas e comportamentais do RN, em relação ao ruído, incluem hipoxia, aumento da pressão intracraniana e da pressão sanguínea, com predisposição à hemorragia craniana intraventricular nos prematuros, apneia, bradicardia, dificuldade de ganho de peso (Silva, 1999), indução a uma redução global na resposta auditiva e no seu desenvolvimento (Lund, 1995). Ruidos

súbitos causam agitação, choro, mudanças nas frequências cardíaca e respiratória, mudanças na pressão sanguínea, oxigenação, respiração, movimentos peristálticos intestinais, consumo de glicose e alteração do estado de repouso e sono, (Graven, 2000).

A privação de sono pode interferir no crescimento e no desenvolvimento do bebê, uma vez que a hormona de crescimento (responsável pelos ciclos reguladores de sono e vigília) atinge picos durante o sono activo. A privação de sono aumenta a probabilidade de períodos de apneia, com as consequências que advêm desse tipo de ocorrência (Marba, 2003; Rocha, 2004, citados por Corrêa, 2005).

Embora essas mudanças fisiológicas possam ser esporádicas, episódios múltiplos podem resultar em apneia e bradicardia. O efeito do ruído no sono deve ser considerado como uma causa potencial de hipoxemia e fonte de morbidade neonatal. A hipoxemia pode decorrer do esforço e do choro causados pela manipulação do bebê. Os ruídos ambientais pode conduzir ao choro, o qual pode causar hipoxemia e elevação da pressão intracraniana. Os resultados futuros de repetidas flutuações nesses parâmetros é incerto (Kiehl, 2003).

As normas relativas aos níveis de ruídos compatíveis com a saúde auditiva em ambiente hospitalar divergem no aspecto dos níveis sonoros aceitáveis. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, para a área interna hospitalar, os níveis sonoros não devem exceder os 40dB. Os critérios de ruídos permissíveis, segundo Graven (2000), protegem o sono, ajudam a manter os sinais vitais estáveis, melhoram a inteligibilidade de fala para os bebês na maior parte do tempo e reduzem os potenciais efeitos adversos no desenvolvimento auditivo dos bebês prematuros.

3. A Importância da Mudança nas UCN

Como a prevenção da perda auditiva no neonato é um tema de extrema importância, devem ser providenciados cuidados para evitar a exposição do sistema auditivo imaturo do feto e dos neonatos a ruídos contínuos ou impulsivos, os quais podem produzir perda auditiva (Abrams, 2000).

A maior atenção ao nível de ruído no ambiente neonatal, insere-se na tendência de mudança do modelo de assistência em unidades neonatais, com

a transformação do foco da recuperação da lógica mecanicista, para uma assistência integral, humanizada e preventiva, centrada no processo saúde-doença e no cuidado, preocupando-se também com a família e a qualidade de vida. O paradigma biotecnológico foi substituído pelo holismo (Scochi et al, 2001). Intervenções desenvolvimentais começaram a ter prioridade a partir de 1982 e a estimulação mínima passa a ser promovida. Até esse momento, a atenção para os factores ambientais, como a luminosidade e o ruído, ainda não era desenvolvida e a visita ao RN era delimitada aos pais e em horários específicos (Krollmann et al, 2002).

O cuidado desenvolvimental apresenta como filosofia, o “re-pensar” das relações entre o bebé, a família e os profissionais, com vista à realização de intervenções no ambiente e no cuidado individualizado ao prematuro, com base nas observações comportamentais. Dentro destas intervenções, tem-se em conta a realização de procedimentos dirigidos à redução do ruído e da luminosidade constantes, o posicionamento do RN em flexão para simular a posição intra-uterina, o agrupamento dos cuidados para promover o repouso, o estímulo à sucção não-nutritiva e ao cuidado canguru, a manutenção dos gémeos no

mesmo leito, as actividades que promovam o estado de regulação do bebé e a colaboração dos familiares no cuidado para a promoção do vínculo afectivo (Kiehl et al, 2003).

Este conceito deve ser usado nas intervenções médicas e de enfermagem, minimizando o stress no neonato prematuro durante a sua permanência na UCIN e o desenvolvimento neurocomportamental óptimo (Westrup e Sizun, 2004). Warnnock (2003), identificou 18 fontes diferentes de estímulos stressantes para o RN: murmúrios/sussurros, conversas, risadas, sistema de intercomunicação no hospital, barulho do correr da água, do andar, de rasgar plástico e do pingar gotas continuamente, abertura e fecho de porta, tilintar dos instrumentos, virar folhas ou removê-las de um lugar para outro, puxar papel do dispensador, cobertores ao serem dobrados, campainha, restrição removida abruptamente, empurrar cortinas, click dos adesivos da fralda e estalo da tesoura. Para Piva (2005), os ruídos externos mais frequentes numa UCIN são telefones a tocar, diálogos estabelecidos entre os profissionais e familiares, alarmes de monitores de sinais vitais e de máquinas de soros, cadeiras a arrastar, o movimento de aparelhos grandes (raios-X, por

exemplo), portas a bater. Estes ruídos podem por vezes alcançar intensidades de 110 dB e em algumas situações até 120 dB. Acrescenta ainda, o colocar o biberão em cima da incubadora (84 dB), fechar a porta da incubadora (80 dB), alarme da incubadora (67 dB), conversação normal (45 a 50 dB), e o sussurrar (30 dB).

Nzama, Nolte e Dorfling (1995), citados por Ichisato (2004) apontam que o cuidado na manipulação dos equipamentos pode reduzir o ruído ambiente de 69 para 58 dB ou menos, uma vez que muitos ruídos têm a sua origem em movimentos apressados e bruscos dos profissionais (abrir e fechar o caixote do lixo, amarrotar papel, batidas nas incubadoras, bater a porta, deixar cair capas dos processos em cima da mesa).

Dentro da perspectiva desenvolvimental, no aspecto de manipular o ambiente com o objectivo de minimizar o ruído na Unidade, destaca-se a relevância do controle do ruído produzido pelo motor e manuseio da incubadora. Apesar do seu papel importante, a incubadora requer cuidados especiais quanto à sua manipulação e controle (Rodarte, 2008).

O manuseamento e controle do ruído deve ser preocupação de toda a equipa de saúde que presta cuidados nas

UCIN, particularmente para a enfermagem, cujos profissionais assumem o cuidado directo dos prematuros em incubadoras, nas 24h do dia, além de serem responsáveis pelo manuseamento e controle desses equipamentos. Os pais e outros familiares dos bebés também devem estar alertados sobre esse aspecto do cuidado desenvolvimental, pois actualmente estão mais presentes nas unidades neonatais e executam vários cuidados ao bebé.

4. Estratégias para Reduzir o Barulho

As mudanças estruturais e comportamentais da equipa multidisciplinar, podem alterar o nível de ruído. Os resultados positivos a serem alcançados, retratam a política do hospital, o planeamento das melhorias da área física, bem como a política de educação continuada, abrangendo todos os funcionários. O esforço humano na adaptação de comportamentos de trabalho menos ruidosos é necessário, mas não o suficiente para se criar um ambiente de conforto acústico (Philbin e Gray, 2002).

Nas rotinas das UCIN há muita preocupação da equipe de saúde em

monitorizar os parâmetros fisiológicos do RN, bem como de calibrar os equipamentos, porém não há uma atenção dos profissionais no sentido de se avaliar sistematicamente a ecologia ambiental. A literatura destaca que as práticas assistenciais dirigem-se às "vítimas" das inadequações ambientais, sem uma atitude pró-activa que assegure a melhoria da ecologia hospitalar. Dentro deste contexto, as UCIN devem procurar estabelecer estratégias que possibilitem o cuidado ao RN, que promova o seu desenvolvimento, adoptando condutas que minimizem os estímulos ambientais adversos.

A sensibilização dos profissionais em relação a esta problemática deve ser realizada com alguma frequência pois existe a tendência para alguns pormenores serem desvalorizados com o passar do tempo. Estabelecer um controlo do nível dos alarmes e orientar a equipa sobre o barulho produzido pelas conversas e atitudes eficazes através de respostas imediatas aos alarmes disparados, manipulação da incubadora com cuidado, evitar apoiar objectos e bater com os dedos sobre as superfícies das incubadoras. Sinalizar o ambiente da UCIN como área de silêncio, estabelecer períodos por turno em que

se diminui a rotina e os procedimentos, a fim de obter um bom controlo acústico do ambiente (Tamez e Silva, 2002, Nascimento e Martins, 2003, citados por Piva, 2005).

Ao protocolar uma só "hora do silêncio" por dia, em que não se toca no RN, se não houver uma situação emergente ou prioritária, consegue-se que o bebé apresente mais períodos de sono profundo, menos períodos de choro e diminuição dos níveis de stress (Strauch, Brandt et al, 1993, citados por Vasconcelos, 2005).

É necessário reduzir o impacto do ambiente numa UCIN relativamente ao bebé e família, estabelecendo algumas estratégias (Oliveira e Cunha, 2008):

a) Em relação aos profissionais de saúde

- Promover programas de educação continuada para sensibilizar os profissionais em relação aos efeitos do ruído ambiente através de palestras, debates ou livros ilustrativos;
- Alertar os profissionais para manipular os equipamentos de modo suave e silencioso (lixos, fechar gavetas, materiais diversos de vidro e de inox);
- Falar baixo na UCIN, sinalizando essa recomendação com cartazes afixados nas paredes e nas incubadoras;

- Evitar conversas e risos altos na área de cuidados aos bebês, uma vez que a incubadora reflecte o som em ressonância;
- Proibir o uso de rádio na UCIN, excepto para fins terapêuticos;
- Reduzir o número de pessoas em redor dos bebês;
- Responder rapidamente aos alarmes;
- Permitir repouso ao RN, programando actividades em períodos predeterminados;
- Instituir ritmos para as actividades diurnas e nocturnas, em que somente os procedimentos absolutamente necessários deverão sair da rotina.

b) Em relação ao RN

- Evitar ruído súbito e brusco;
- Acordar o RN utilizando baixa tonalidade de voz e não falar alto perto da incubadora;
- Utilizar protectores auditivos nos RN, quando necessário;
- Controlar o número de visitantes dentro da UCIN, em especial nos períodos de repouso e manipulação mínima;
- Orientar os pais acerca da importância de reduzir a intensidade do ruído ambiente, alertando sobre algumas estratégias como fechar suavemente a porta, manipulação cuidadosa da incubadora, falar suavemente e evitar

conversas próximo da incubadora e da área de cuidado.

c) Em relação aos equipamentos

- Realizar a manutenção dos equipamentos segundo recomendação do nível acústico;
- Colocar monitores e ventilador distantes da cabeceira do RN;
- Não deixar ligados, desnecessariamente, o aspirador e o oxigénio;
- Volume do toque do telefone deve ser baixo (colocá-lo longe da área de cuidado), assim como o dos alarmes e monitores; se possível utilizar alarmes luminosos;
- Advertir os fabricantes em relação aos ruídos produzidos pelos equipamentos;
- Forrar o debitómetro de O₂ com algodão para reduzir o ruído interno; utilizar espuma acústica dentro da incubadora para diminuir o ruído;
- Fechar as portas da incubadora de forma silenciosa, pressionando primeiro a mola e largando-a com cuidado depois de encostar a porta;
- Forrar a cúpula da incubadora para reduzir o ruído interno;
- Proibir a colocação de equipamentos e outros utensílios sobre a cúpula da incubadora;
- Não provocar ruídos na incubadora, evitando manipulá-la

desnecessariamente e ao fazê-lo realizar de modo cuidadoso;

- Monitorizar sistematicamente o ruído nas incubadoras, mantendo-o abaixo das recomendações;
- Proteger as impressoras com coberturas à prova de som;
- Evitar acumulação de água nos tubos de oxigénio e do ventilador;
- Substituir recipientes de lixo feitos em metal por outros feitos em plástico, mantendo-os afastados de paredes, armários ou equipamentos, para evitar atritos;
- Usar batentes nas gavetas e armários para reduzir o som do impacto; usar molas de amortecimento nas tampas do lixo.

d) Em relação ao ambiente

- Realizar medições periódicas do nível de ruído ambiente;
- Manter portas fechadas das salas que estão próximas de áreas de grande fluxo de pessoas;
- Diminuir a luz sempre que possível (isto faz com que as pessoas falem mais baixo);
- Usar sinalizadores nas áreas de silêncio.

Alguns melhoramentos nas UCIN podem também diminuir o ruído ambiente. Cada vez mais se preconiza

quartos individuais ou salas com menos unidades de internamento, bem como a divisão entre a zona onde estão os bebés e a zona de trabalho dos profissionais. A utilização de painéis visuais para avisar os profissionais do nível de ruído existente no ambiente é também muito importante para a sensibilização dos mesmos (Fernandes, 2008).

Assim, as medidas para redução de ruído não devem ser analisadas separadamente, pois incluem uma rede de acções interdependentes dirigidas aos recursos humanos, ambiente físico e equipamentos. A quebra de um dos elos, desencadeia uma sucessão de efeitos que comprometem a qualidade da assistência aos prematuros e famílias, bem como o bem-estar e a saúde auditiva dos bebés e profissionais (Ichisato e Scochi, 2006).

5. Conclusão

As acções e os cuidados realizados aos RN, devem ter sempre em consideração o controle do ambiente, devido às reacções e ao próprio desenvolvimento dos bebés. Estes são prejudicados em função da sobrecarga de estímulos presentes na UCIN, com o ruído ambiental intenso, excesso de luminosidade e grande

número de procedimentos, sendo fundamental promover um ambiente mais favorável ao desenvolvimento do bebê (Scochi et al, 2001).

A avaliação do ruído, fundamental para a implementação de mudanças que possibilitem diminuí-lo, constitui um desafio no ambiente da UCIN, devido à complexidade das diferentes fontes, variação do número de bebês internados, número de profissionais dentro da UCIN, características físicas das unidades, do período do dia e dos diferentes tipos de cuidados. Acrescenta-se ainda, a inexistência de normas específicas para o controle desse ruído nas UCIN e a necessidade de formação à equipe multidisciplinar (Ramos et al, 2008).

Todos os elementos da equipe multidisciplinar influenciam o aumento dos níveis de ruído, motivo pelo qual grande parte do trabalho para diminuir esse nível, deve estar focado na conscientização dos profissionais, sobre a necessidade de modificar os comportamentos. Como um dos principais cuidadores, cabe ao enfermeiro a função de controlar o ambiente da UCIN, modulando-o ao bebê (Blackburn, 1998).

O conhecimento dos efeitos fisiológicos e comportamentais negativos nos RN decorrentes do ruído

e a literatura sobre as consequências do ambiente para o neonato, traduz nos hospitais, a obrigação de mensurar os níveis sonoros nas unidades neonatais e incubadoras. Destaca-se a relevância de se desenvolver e manter um programa de controle de ruído que vá além da avaliação desses níveis, mas que promova nos profissionais, uma educação permanente e continuada, tendo em vista a conscientização sobre os efeitos negativos do ruído no RN e o desenvolvimento de atitudes que minimizam o ruído gerado durante os cuidados prestados (Philbin, 2002).

6. Bibliografia

(Outubro de 2000). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de MÉDICO.org.br: www.paulomargotto.com.br/documentos/utineo.doc

Abrams, R. (2000). Fetal exposures to sound and vibroacoustic stimulation. *Journal of Perinatology*, pp. 20-29.

Aurélio, F., & Tochetto, T. (Vol. 28, nº 2 de Março de 2010). Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Revista Paul Pediatría*, pp. 162-169.

Azevedo, M. (2000a). A vida com afeto. pp. 25-28.

Azevedo, M. (1997). *Avaliação Audiológica no 1º Ano de Vida*. São Paulo: Roca.

Basseto, M. (2005). *Triagem auditiva em neonatos*. Cap. 11: p. 223-234.

Birnholtz, J., & Benacerraf, B. (1983). The development of human fetal hearing. *Science*, pp. 516-518.

Blackburn, S. (1998). Environmental Impact of the NICU on Developmental Outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, pp. 279-289.

Cooper, M. (Vol. 15, nº 3 de Março de 1993). The intersection of technology and care in the ICU. *Advances in the nursing science*, pp. 23-32.

Corrêa, A. (2005). *Ruído: Níveis de pressão sonora captados no interior e exterior de incubadora de cuidados intensivos neonatal*. Dissertação de Mestrado.

Dias, M., & Afonso, J. (nº 7 de Dezembro de 2000). Efeitos da poluição sonora no ser humano. *Tecno Hospital Revista de Instalações e Equipamentos de Saúde*, pp. 28-36.

Fernandes, P. (2008). *Ambiente sonoro numa UCIN e a música como forma de amenização desse ambiente*. Curso de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade.

Ferraz, S. (Março/Abril de 1998). Promoção da Saúde: Viagem entre dois paradigmas. *Revista Administração Pública*, pp. 49-60.

Glass, P. (1999). *Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. Belo Horizonte: Cap. 8.

Graven, S. (Vol. 20 de Dezembro de 2000). Sound and the developing infant in the NICU: conclusions and recommendations for care. *Journal of Perinatology*, pp. 88-93.

Hanel, A. (1995). *Intervenção precoce em bebês*. Vol. 2.

Haslam, P. (1970). Noise in hospitals: its effect on the patient. *Nursing Clinics of North America*, pp. 715-724.

Ichisato, S. (2004). *Ruído em unidade de cuidado intensivo neonatal de hospital universitário de Ribeirão Preto*. Tese de Doutorado.

Ichisato, S., & Scochi, C. (2006). Ruídos na unidade de cuidado intensivo neonatal durante as passagens de plantão (enfermagem e/ou médica) e visita médica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, pp. 127-133.

Ida Lichtig, K. M. (1991). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Pediatria São Paulo: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/85.pdf>

Takehashi, T., & Pinheiro, E. (Outubro/Dezembro de 2007). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Acta Paulista de Enfermagem: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

Kiehl, E., Byers, J., & Bremner, P. (Vol. 32, nº 4 de Julho/Agosto de 2003). Noise and the premature infant: physiological effects and practice implications. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, pp. 447-454.

Krollmann, B., Brock, D., Nader, P., & Neheisel, W. (2002). Advances in neonatal care: focusing on the last 20 years. *Neonatal Network*, pp. 43-49.

Lund, C. (1995). Prática de enfermagem na unidade de tratamento intensivo neonatal. *Alto risco em neonatologia*, pp. 156-167.

Malerba, M., & Consentino, A. (Vol. 4; nº 18 de Julho/Agosto de 1996). Intervenciones reguladas en el cuidado del recién nacido prematura extremo:

protocolo de intervenção mínima . *Temas de Enfermeria Atualizadas* , pp. 23-32.

Marrese, A. (Vol. 1; nº 1 de Julho/ Agosto de 1996). El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: um desafio para enfermeria . *Medicina Perinatal y Neonatal* , pp. 15-21.

Meyerhof, G. (1990). O neonato de risco - proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria* , pp. 246-276.

Meyerhof, P. (1996). *Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo*. Tese de Doutorado: Universidade de São Paulo.

Northern, J., & Downs, M. (1989). *Audição em crianças*. São Paulo: 3ª edição.

Oliveira, A., & Cunha, M. (Vol. 4, nº 2 de Abril de 2008). Cuidar para o desenvolvimento - Intervenção no RN pré-termo de muito baixo peso. *EssFisiOnline* .

Oliveira, T., Vasconcelos, A., & Oliveira, J. (nº 46 de 1990). Diagnóstico precoce da deficiência auditiva na criança. *Temas de Pediatria* , pp. 1-14.

Pediatrics, A. A. (Outubro de 1997). Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Pediatrics: <http://aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics>

Philbin, M., & Gray, L. (2002). Changing levels of quiet in an intensive care nursery. *Journal of Perinatology* , pp. 455-460.

Piva, K. (2005). *A assistência humanizada ao recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva neonatal*. Obtido em 29 de Outubro de 2010, de Monografias:

<http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/eloeth.pdf>

Ramos, E., Nogueira, M., Piero, K., & Dutra, M. (Janeiro de 2008). Revisão sistemática sobre mensuração de ruído sonoro em unidades neonatais e incubadoras. *21º Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica* , pp. 1186-1189.

Rodarte, M. (2008). *Exposição e reatividade do prematuro ao ruído intenso durante o cuidado em incubadora*. Ribeirão Preto: Tese de Doutorado.

Santos, T., & Russo, I. (4ª edição de 1994). A audição e o desenvolvimento da linguagem. *Audiologia Infantil* , pp. 3-5.

Scocchi, C., & al, e. (2001). Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enfermagem* , pp. 9-16.

Seleny, F., & Streczyn, M. (Vol. 117 de 1969). Noise characteristics in the baby compartment of incubators. *American Journal of Diseases Children* , pp. 445-450.

Servilha, M. (Vol. 16, nº 1 de Abril de 2004). Fonoaudiologia em saúde pública/coletiva: compreendendo prevenção e o paradigma da promoção da saúde. *Distúrbios da Comunicação* , pp. 107-116.

Silva, M., & Tamez, R. (1999). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Cap. 16.

Vasconcelos, T. (nº 21 de Setembro de 2005). *HSFXavier*. Obtido em 2 de Novembro de 2010, de <http://www.hsfxavier.minsaude>.

Westrup, B., & Sizun, J. (2004). Early developmental care for preterm neonates:

a call for more research. *Archives Disease Child Fetal Neonatal* , pp. 384-389.

Whitfield, M. (2003). Psychosocial effects of intensive care on infants and families after discharge. *Seminars in Neonatology* , pp. 185-193.

Anexo XVII

Projecto de Estágio do Serviço de Internamento de Pediatria

Enquadramento Teórico

A gravidez é um processo fisiológico normal, caracterizado por múltiplas alterações a nível físico, psico-emocional e social, exigindo ao casal e família reorganizações inter e intrapessoais. De facto, as transformações que ocorrem no decurso de uma gravidez envolvem todos os elementos da família, já que requerem adaptação a um novo “formato” familiar, mas não há dúvida que, na actual dinâmica familiar, o casal é aquele que mais necessita de orientação e apoio de profissionais de saúde.¹

A vivência da parentalidade tem contornos diferentes dos de há uns anos atrás. Antigamente vivia-se em famílias alargadas, a aprendizagem da parentalidade fazia-se de uma forma natural e a família estava sempre presente para apoiar os futuros pais e bebés. Hoje, os casais vivem distanciados da família de origem e sentem grandes dificuldades de adaptação à parentalidade, alguns nunca tocaram num recém-nascido e as suas características e necessidades são para os pais totalmente misteriosas e desconhecidos¹, apresentando o enfermeiro um papel importante nesta transição.

Um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão por considerar esta uma área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar.²

A transição é definida como *“a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro...transição refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação.”*³

De acordo com a CIPE, versão 1 (p.43), a parentalidade é a *“acção de Tomar Conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”*

O termo transição para a parentalidade, refere-se ao período de tempo que medeia entre o início da gravidez e os primeiros meses após o nascimento da criança.⁴

Com o nascimento de um filho, e em particular do primogénito, inicia-se um processo irreversível caracterizado por mudanças significativas na vida pessoal e familiar de cada membro do casal, alterando equilíbrios anteriores.⁴

A chegada de novos papéis e funções, implica a sua integração num todo pré-existente, com a consequente reestruturação dos mais antigos. Assim, o relacionamento conjugal vai ser desafiado. Ao promover novos tipos de relações assentes em novas funções (maternal, paternal e filial) e novos papéis (pai, mãe e filho), que se cruzam com os já existentes (marido e mulher), vai haver uma redefinição de novas fronteiras e limites de forma a delimitar concretamente os novos papéis e funções e, o que deles se espera.⁴

A transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e a aquisição de novas habilidades para assumir o novo papel. Constitui uma crise ou dificuldade, que envolve ansiedade, alterações do humor, depressão, sentimentos de desadequação relativamente às tarefas parentais, falta de conhecimento nos cuidados ao recém-nascido, preocupações emocionais, isolamento, baixa auto-estima, falta de confiança e alterações na vinculação.⁵ Além dos aspectos referidos, após o nascimento do filho, os pais precisam de aprender a adaptar-se a este novo papel. Assumem a responsabilidade pelos cuidados à criança, e recorrem a vários recursos no sentido de colmatar as suas necessidades de informação relativamente a esta transição. Para colmatar essas necessidades, os pais recorrem aos profissionais de saúde.⁶

Contudo, os pais referem não estar satisfeitos com a informação que recebem durante a gravidez ou após o nascimento, especialmente os pais pela primeira vez.⁶

As necessidades dos pais, devem ser reconceptualizadas no sentido de proporcionar uma melhor compreensão sobre os sentimentos de isolamento e as suas estruturas sociais, para que se consiga investir na promoção de competências parentais, envolvimento dos pais e processos de *empowerment*.

O primeiro passo do processo de promoção do envolvimento parental, centra-se na avaliação das necessidades de aprendizagem. Esta avaliação permite que os ensinamentos sejam traçados pelas necessidades dos pais, aumenta a satisfação da aprendizagem e a auto-estima, e permite um aumento dos conhecimentos. Não obstante, permite ao enfermeiro perceber se terá de fazer adaptações culturais, perante a idade, a atitude e a experiência prévia dos pais participantes, aumentando também a satisfação dos enfermeiros pela participação dos pais.⁶

Para os enfermeiros, identificar as necessidades de aprendizagem dos pais, representa uma área de especial relevância para a sua prática, pois visa facilitar a transição para a parentalidade, promover a aquisição de competências para se ser mãe e pai e consequentemente, o envolvimento dos mesmos no cuidar do seu filho. Responder às necessidades das pessoas com rigor é um saber-fazer imprescindível na prática de enfermagem.

Diagnóstico da situação

No seguimento da temática da transição para a parentalidade, e após diálogo com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, constatou-se a necessidade de finalizar a Norma de Promoção do Envolvimento dos Pais, já iniciada por outra aluna da Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria.

Objectivo geral

- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos e pais do Serviço de Pediatria do HSF, com vista à promoção do papel parental.

Objectivo específico:

- Promover a reflexão sobre o envolvimento dos pais nos cuidados à criança, a nível do serviço de internamento de pediatria.

Actividades:

- Promover a reflexão sobre o papel do enfermeiro na promoção do desenvolvimento parental;
- Ajudar os pais a vivenciarem uma situação de transição suave, promovendo a aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental;
- Conclusão da construção da norma de procedimentos sobre o envolvimento dos pais nos cuidados à criança;
- Apresentar a norma desenvolvida aos enfermeiros do serviço a nível de internamento em pediatria;
- Desenvolver e divulgar um suporte bibliográfico sistematizado e actualizado, que sustente a norma realizada.

Enquadramento Teórico

A Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE) é um “instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais (...) (CIPE, 2003).

A necessidade de uma CIPE é motivada por vários factores, incluindo:

- 1) O uso crescente de sistemas de informação computadorizados nos contextos clínicos;
- 2) A tendência para o registo electrónico em saúde;
- 3) A ênfase e necessidade de tecnologias que apoiem a prática baseada na evidência.⁷

Os sistemas de informação clínicos têm de captar as variáveis da prática de enfermagem, enquanto relacionam o suporte à decisão com a melhoria nos processos de trabalho, conduzindo a melhores resultados em cuidados de saúde. Os enfermeiros devem participar no desenvolvimento tecnológico, incluindo o desenvolvimento de terminologias de referência, tais como a CIPE.

A revolução na informação está a redefinir os cuidados de saúde. A estrutura e a forma da globalização em saúde constituem um desafio. A enfermagem pode, e deve, pesquisando, discutindo e defendendo diferentes alternativas, tirar partido do potencial de oportunidades. Com a crescente globalização, os enfermeiros devem juntar-se ao nível internacional para dar respostas às necessidades de comunicação e suporte de dados. A CIPE enfatiza a necessidade de uma abordagem unificadora para promover a integração e harmonização de múltiplas terminologias de enfermagem, de diferentes países e idiomas.

A principal razão para a criação de um sistema unificado da linguagem de enfermagem consiste em conseguir comunicar e comparar dados de enfermagem entre contextos, países e idiomas. O uso da CIPE nas unidades de saúde deve ser usado para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados dos clientes, desenvolver políticas de saúde, e gerar conhecimento pela investigação.⁷

Diagnóstico da situação

Através do diálogo com a Enfermeira Orientadora e outros Enfermeiros do serviço, que realizam os registos em sistema informático com linguagem CIPE, foram constatados alguns aspectos:

- a) o registo é efectuado de uma forma desfragmentada no que diz respeito à pessoa e aos diagnósticos de enfermagem efectuados, sendo a sua consulta de difícil compreensão, perdendo-se com facilidade a conhecimento da evolução da situação clínica da criança e sua família;
- b) o tempo dispendido para a concretização dos registos, individualização e actualização do processo é cada vez mais elevado, comparativamente ao tempo de prestação de cuidados à criança e família.

Reconhecendo a importância da utilização da CIPE e adesão por parte dos enfermeiros do serviço, considerou-se importante aprofundar esta problemática.

Objectivo geral

- Promover a padronização do sistema de registos, utilizado no Serviço de Internamento de Pediatria, de acordo com a linguagem CIPE.

Actividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os princípios orientadores na utilização da CIPE;
- Integração da aluna no programa informático da CIPE (conceitos, funcionalidades...);
- Identificação dos principais problemas do programa CIPE, através do diálogo com os enfermeiros;
- Identificação das intervenções mais pertinentes em cada diagnóstico de enfermagem, através do diálogo com os enfermeiros peritos em cada área (amamentação, parentalidade, dor...);

- Realização de acções de formação aos enfermeiros, sobre os resultados obtidos, em contexto de trabalho;
- Avaliação das acções de formação realizadas;
- Realização de suporte bibliográfico sistematizado, de fácil consulta e acesso, como forma de suporte ao sistema de registos.

Cronograma de Actividades

		Semana 22/11 a 28/11	Semana 29/11 a 05/12	Semana 06/12 a 12/12	Semana 13/12 a 19/12	Semana 03/01 a 09/01	Semana 10/01 a 16/01	Semana 17/01 a 23/01	Semana 24/01 a 28/01
A C T I V I D A D E S	Realização o diagnóstico da situação;								
	Realização de pesquisa bibliográfica sobre os princípios orientadores na utilização da CIPE;								
	Integração da aluna no programa informático da CIPE (conceitos, funcionalidades...);								
	Identificação dos principais problemas do programa CIPE, através do diálogo com os enfermeiros;								
	Identificação das intervenções mais pertinentes em cada diagnóstico de enfermagem, através do diálogo com os enfermeiros peritos em cada área (amamentação, parentalidade, dor...);								
	Realização de acções de formação aos enfermeiros, sobre os resultados obtidos, em contexto de trabalho;								
	Avaliação das acções de formação realizadas;								
	Realização de suporte bibliográfico sistematizado, de fácil consulta e acesso, como forma de suporte ao sistema de registos.								

Bibliografia

- ¹ Pedras, C. (Junho de 2008). Preparação para a Parentalidade. *Servir*, pp. 166-169.
- ² Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: 3ª edição. : Lippincott Williams & Wilkins.
- ³ Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: 3ª edição. : Lippincott Williams & Wilkins. (Vieira, Martins, Macedo, & Guerra, 2008)
- ⁴ Lourenço, S., & Afonso, H. (Outubro de 2008). Nascimento do primeiro filho e alterações familiares. *Nursing*, pp. 22-28.
- ⁵ BIBLIOGRAPHY Aston, M. (2002). Obtido em 3 de Dezembro de 2010, de Public Health Nursing: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&dbmnh&AN=12071902&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ⁶ Vieira, A., Martins, C., Macedo, L., & Guerra, M. J. (Vol. 56; nº 3/4 de Maio - Agosto de 2008). Necessidades de aprendizagem dos pais na transição para a parentalidade: uma revisão da literatura. *Servir*, pp. 146-154.
- ⁷ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (2005). Versão 1.0.

Anexo XVIII

Trabalho desenvolvido

Dia da colheita de dados → 8/12/2010

Tipo de amostra → amostra por conveniência

	Idade crono. Idade real	Peso	Ocorrências	Tipo de alimentação	Presença dos pais	Diagnósticos levantados
C.D.	IC: 36 semanas IR: 8 dias	2,535Kg	- gravidez gemelar - reactiva - fototerapia continua	LAHA por biberão + mama	Sim	- Parentalidade comprometida - Risco de aspiração nível elevado - Amamentação comprometida - Dor
M.M.	IC: 36 semanas IR: 8 dias	2,180Kg	- gravidez gemelar - reactiva - hipoxemia que reverte	LAHA por sonda + mama	Sim	- Parentalidade comprometida - Risco de aspiração nível elevado - Amamentação comprometida - Dor - Sono comprometido
E.F.	IC: 38 semanas + 5 dias IR: 80 dias		- aporte de KCl em cada beirão - monitorizada - hipoxemia que reverte	LEP	Visitas pouco frequentes	- Parentalidade comprometida - Sono comprometido - Dor
I.M.	IC: 38 semanas + 4 dias IR: 17 dias	1,645 Kg	- gravidez gemelar - reactiva	LM ou LAHA por tetina anatômica	Sim	- Parentalidade comprometida - Amamentação comprometida - Dor
C.R.	IC: IR:	3,430 Kg	- a realizar antibioterapia, por diagnóstico de sépsis - CVP no MSE e MID	LM ou LAHA por tetina anatômica	Sim	- Parentalidade comprometida - Amamentação comprometida - Dor - Sono comprometido

	Amamentação comprometida	Risco de aspiração elevado	Parentalidade comprometida
C.D.		<ul style="list-style-type: none"> - Evitar a aspiração através da técnica de posicionamento - Executar técnica de eructação - Gerir sonda gastrointestinal - Vigiar acção da criança - Vigiar conteúdo gástrico - Vigiar respiração 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar tomada de decisão - Assistir a família a tomar conta da criança - Envolver a família - Facilitar a comunicação de emoções - Facilitar processo de admissão ao serviço: acolhimento - Incentivar Parentalidade - Promover o envolvimento da família
M.M.	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir no amamentar - Gerir ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de eructação - Gerir o posicionamento - Gerir sonda gastrointestinal - Inserir sonda gastrointestinal - Monitorizar conteúdo gástrico - Supervisionar dieta - Vigiar acção da criança - Vigiar conteúdo gástrico - Vigiar respiração - Vigiar secreções da cavidade nasal - Vigiar secreções da cavidade oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar tomada de decisão - Assistir a família a tomar conta da criança - Envolver a família - Facilitar a comunicação de emoções - Facilitar processo de admissão ao serviço: acolhimento - Incentivar Parentalidade - Promover o envolvimento da família
E.F.			<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar tomada de decisão - Assistir a família a tomar conta da criança - Envolver a família - Facilitar a comunicação de emoções - Facilitar processo de admissão ao serviço: acolhimento - Incentivar Parentalidade - Promover o envolvimento da família
I.M.	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir no amamentar - Gerir ambiente - Incentivar amamentação 		<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar tomada de decisão - Assistir a família a tomar conta da criança - Envolver a família - Facilitar a comunicação de emoções - Facilitar processo de admissão ao serviço: acolhimento

				- Incentivar Parentalidade - Incentivar família para a prestação de cuidados - Promover o envolvimento da família
C.R.	- Assistir no amamentar - Gerir ambiente - Incentivar amamentação - Monitorizar peso corporal - Providenciar material de leitura sobre amamentação - Vigiar acção da criança - Vigiar adaptação à mama - Vigiar mama - Vigiar sinais de fome			

Problemáticas:

- Mesmos diagnósticos com intervenções diferentes entre bebés com as mesmas necessidades;
- Vigiar a refeição; alimentar a criança por biberão; alimentar a criança por sonda gastrointestinal → Igual descrição nas caixas de texto (repetição de informação);
- Repetição de intervenções em diferentes diagnósticos

E.F.

- Facilitar a comunicação das emoções (Parentalidade comprometida e Dor)

- Gerir ambiente (Sono comprometido e Dor)

- Gerir posicionamentos (Sono comprometido e Dor)

I.M.

- Facilitar a comunicação das emoções (Parentalidade comprometida e Dor)

- Gerir ambiente (Amamentação comprometida e Dor)

C.R.

- Gerir ambiente (Amamentação comprometida; Dor; Sono comprometido)

- Gerir procedimentos (Dor; Sono comprometido)

- Vigiar acção da criança (Amamentação comprometida; Sono comprometido)

Promover o envolvimento da família

- Manteve companhia dos pais desde as x horas (11111)
- Permaneceu com os pais (111)
- Pais autônomos nos cuidados à criança (1)
- Os pais foram auxiliados nos cuidados de alimentação, movimentação, higiene e conforto (11)
- Pais necessitam de ajuda nos cuidados inerentes à alimentação, movimentação, higiene e conforto (11)
- Pais necessitam de ajuda parcial nos cuidados inerentes à alimentação, movimentação, higiene e conforto (1)
- Pais auxiliados nos cuidados (111)
- Recebeu o telefonema da mãe (11111111111)
- Recebeu o telefonema do pai (1)
- Permaneceu na companhia da mãe (1111)
- Permaneceu na companhia da mãe e pai, que deu o biberão necessitando de ajuda parcial em todos os cuidados (1)
- Permaneceu na companhia da mãe e avó materna, ambas muito carinhosas e autônomas nos cuidados inerentes às AVD's (1)
- Teve a companhia do pai, muito carinhoso e autônomo na alimentação (1)
- Mãe presta os cuidados inerentes às AVD's (11111)

-
- Sem acompanhantes (111111111)
 - Permaneceu sem acompanhantes (11111)
 - Sem acompanhantes sendo a totalidade dos cuidados prestados pela enfermeira (111111111)
 - Na ausência dos pais a totalidade dos cuidados são prestados pela enfermeira (11)
 - Cuidados prestados na totalidade pela enfermeira (11111)
 - Mãe informou que alugou casa em Lisboa (1)
 - Mãe deu banho, necessitou de ajuda total (1)
 - Mãe saiu cerca das x horas (1)
 - Teve a visita dos pais cerca de 1 hora (1)
 - Manteve a companhia da mãe que lhe prestou cuidados (1)
 - Manteve-se na companhia da mãe, muito carinhosa e autónoma nos cuidados de alimentação e mudança de fralda (1111)
 - Mãe com necessidade de ajuda parcial na colocação à mama e banho (ajuda total) (1)
 - Necessita de ajuda parcial em todos os cuidados (1)
 - Manteve-se na companhia dos pais, muito carinhosos e atentos às necessidades da criança (1)
 - Feito ensino sobre sinais de fome ou necessidade de contacto (1)
-

-
- Aparentemente com maior autonomia nos cuidados referentes à alimentação e mudança de fralda (1)
 - Ver necessidade de ensinios descritos no turno anterior (1)
 - Pais permaneceram com o RN, assistiram ao banho e foram realizados ensinios sobre o banho e cuidados ao RN (1)
 - Pais muito carinhosos mas ainda com ajuda parcial e supervisão nos cuidados de alimentação e higiene (1)

Dia da colheita de dados → 07/01/2011

Tipo de amostra → amostra por conveniência

Nome da Criança	Diagnósticos Levantados	Ações Seleccionadas
I. M.	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento da família sobre dispneia comprometido- Dispneia em grau elevado	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar a família sobre sinais de dispneia- Gerir oxigenoterapia- Vigiar acção da criança- Vigiar pele e mucosas- Vigiar respiração- Ensinar sobre o regime dietético- Ensinar sobre o regime medicamentoso- Ensinar sobre a técnica de posicionamento- Gerir dispositivos de ventilação não invasiva- Gerir repouso- Monitorizar frequência cardíaca- Monitorizar frequência respiratória- Monitorizar Sat. O2- Preparar dispositivos de ventilação- Trocar dispositivos de ventilação não invasiva- Monitorizar oxigenoterapia
I. C.	<ul style="list-style-type: none">- Limpeza das vias aéreas comprometida- Dispneia em grau diminuído	<ul style="list-style-type: none">- Gerir dispositivos de ventilação não invasiva- Gerir inaloterapia- Gerir regime medicamentoso- Instalar solução salina na cavidade nasal- Monitorizar frequência respiratória- Monitorizar Sat. O2- Vigiar respiração- Gerir dieta- Gerir posicionamento- Gerir regime medicamentoso

		<ul style="list-style-type: none"> - Gerir oxigenoterapia - Gerir repouso - Monitorizar frequência cardíaca - Vigiar acção da criança - Vigiar pele e mucosas - Vigiar respiração
D. T.	<ul style="list-style-type: none"> - Limpeza das vias aéreas comprometida - Dispneia em grau elevado (2x) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreções da cavidade nasal - Aspirar secreções da cavidade oral - Monitorizar frequência respiratória - Monitorizar Sat. O2 - Vigiar respiração - Gerir dieta - Gerir posicionamento - Gerir repouso - Monitorizar frequência cardíaca - Vigiar acção da criança - Vigiar pele e mucosas - Gerir inaloterapia - Gerir oxigenoterapia - Gerir regime medicamentoso - Vigiar secreções da cavidade nasal - Vigiar secreções da cavidade oral - Gerir dispositivos de ventilação não invasiva

ACÇÃO: Vigiar a refeição

- Acessos de tosse
 - Tipo de tosse
 - Altura do dia
 - Melhorou com aerossol
- Tiragem (tipo)
- Rinorreia
- Sat. O₂
- O₂ que está a ser administrado
- Obstrução nasal
- Cumprimento de aerossóis prescritos
- Tipo de respiração
- Conexão ao CPAP
- Temperatura corporal

Anexo XIX

Relatório da sessão:

Registos de enfermagem

Registos de Enfermagem

Plano da Sessão

Etapas da Sessão	Conteúdos Programáticos	Método
Nota introdutória	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação- Introdução e justificação do tema- Apresentação dos objectivos da acção de formação	Expositivo/participativo 5 minutos
CIPE	<ul style="list-style-type: none">- Conceito- Importância- Benefícios	Expositivo/participativo 5 minutos
Registos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">- Problemática	Expositivo/participativo 10 minutos
Apresentação dos resultados do estudo	<ul style="list-style-type: none">- Alimentação- Promover o envolvimento da família- Respiração	Expositivo/participativo 20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Sugestões- Frase reflexiva	Expositivo/participativo 5 minutos
Total		45 minutos

Registos de Enfermagem - Internamento de Pediatria -

Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

Universidade Católica Portuguesa

Enf.ª Joana Marques

Enf.ª Joana Rodrigues

17 de Janeiro de 2011

Objectivos:

- Promover a reflexão sobre os registos de enfermagem efectuados em linguagem CIPE 1, no aplicativo HCIS;
- Apresentar os dados obtidos através da análise dos registos de enfermagem, relativamente às intervenções: alimentação, respiração e envolvimento da família.
- Apresentar estratégias para a harmonização dos registos de enfermagem.

CIPE

Instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais.

Os enfermeiros devem juntar-se ao nível internacional para dar respostas às necessidades de comunicação e suporte de dados. A CIPE enfatiza a necessidade de uma abordagem unificadora para promover a integração e harmonização de múltiplas terminologias de enfermagem, de diferentes países e idiomas.

(CIPE Versão 1.0, 2005)*

* ICN – International Council of Nurses – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros, 2005.

Benefícios da CIPE

Conseguir comunicar;

Comparar dados de enfermagem entre contextos, países e idiomas;

Apoiar a tomada de decisão clínica;

Avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados dos clientes;

Desenvolver políticas de saúde;

Gerar conhecimento pela investigação.

(CIPE Versão 1.0, 2005)*

* ICN – International Council of Nurses – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros, 2005.

“A enfermagem pode, e deve, pesquisando, discutindo e defendendo diferentes alternativas, tirar partido do potencial de oportunidades.”

(CIPE Versão 1.0, 2005)*

* ICN – International Council of Nurses – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. Ordem dos Enfermeiros, 2005.

Problemática:

- Tempo dispendido na realização dos registos;
- Dispersão da informação;
- Repetição da informação;
- Dificuldade na consulta dos registos (profissionais);
- Insatisfação dos enfermeiros.

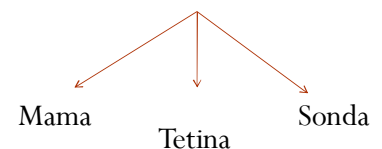
REGISTOS DE ENFERMAGEM

ALIMENTAÇÃO

Amamentação Comprometida



Recém-nascido



Onde são efectuados os registos?

Vigiar a refeição

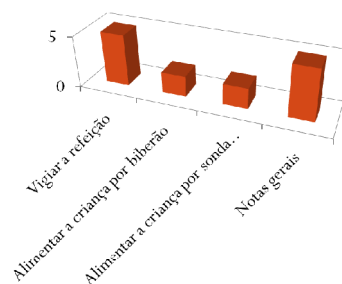
Alimentar a criança por biberão

Alimentar a criança por sonda gastrointestinal

Notas gerais

- Mesma informação em intervenções diferentes
- Dificuldade da acessibilidade da informação

Onde são efectuados registos?



Onde registar dados relativos à alimentação?

Amamentação comprometida



Supervisionar amamentar

Vigiar a refeição

Potencial para o desenvolvimento da capacidade para se alimentar comprometido

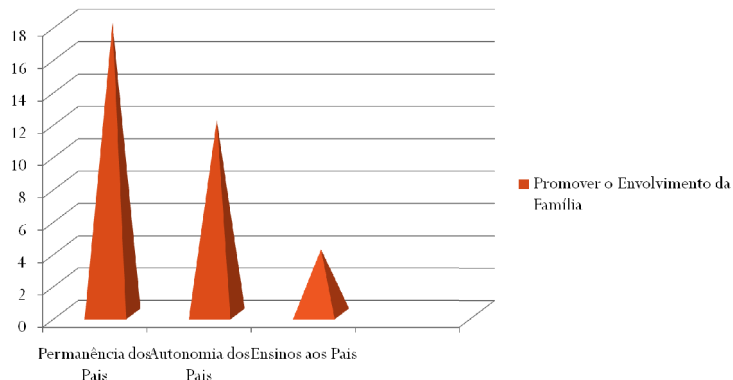


Vigiar a refeição

PROMOVER O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Permanência dos Pais	Autonomia dos Pais	Ensino aos Pais
Companhia dos pais até x horas	Autónomos nos cuidados	Sinais de fome ou necessidade de contacto
Recebeu telefonema dos pais	Auxiliados nas AVD's	Banho
Pais carinhosos com o bebé	Necessitam de ajuda nas AVD's	Cuidados gerais ao RN
Sem acompanhantes, cuidados prestados pela enfermeira	Necessitam de ajuda parcial nas AVD'S	
Mãe alugou casa, para onde vai o bebé	Pais autónomos	
	Ajuda parcial na colocação à mama	
	Supervisão nos cuidados	

Promover o Envolvimento da Família



PROMOVER O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA



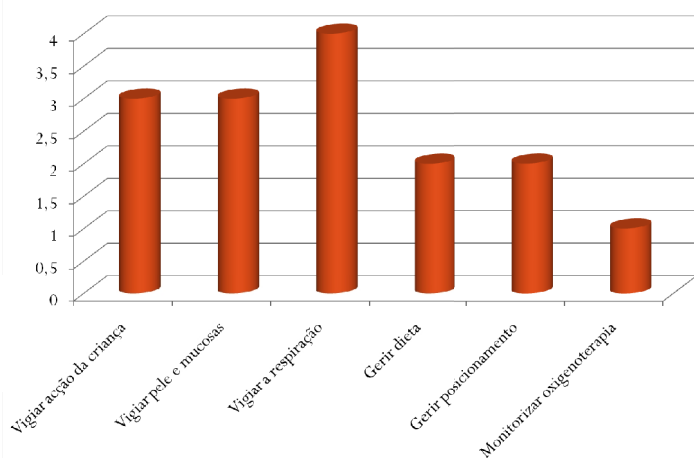
RESPIRAÇÃO

Diagnósticos Levantados	Ações Selecionadas
Limpeza das vias aéreas comprometida	- Gerir oxigenoterapia - Vigiar acção da criança - Vigiar pele e mucosas - Vigiar respiração
Dispneia em grau diminuído	- Monitorizar oxigenoterapia - Gerir dispositivos de ventilação não invasiva - Gerir inaloterapia - Instilar solução salina na cavidade nasal
Conhecimento da família sobre dispneia comprometido	- Gerir dieta - Gerir posicionamento - Aspirar secreções da cavidade nasal - Aspirar secreções da cavidade oral

Plano de trabalho - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar Lisboa Ocidental																													
		05/01/2011														06/01/2011													
04/01/2011		15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00				
Ações																													
Apoiar tomada de decisão																													
Ensinar a família sobre sinais de dispnéia																													
Facilitar a comunicação de emoções																													
Facilitar processo de admissão ao serviço acolhimento																													
Gerir ambiente																													
Gerir o posicionamento																													
Gerir o regime dietético																													
Gerir o regime medicamentoso																													
Gerir oxigenoterapia																													
Gerir procedimentos																													
Planear ludoterapia																													
Promover o envolvimento da família																													
Promover padrão de sono																													
Restaurar a auto-regulação da criança através do sugar não																													
Vigiar ação da criança																													
Vigiar pele e mucosas																													
Vigiar respiração																													
Apoiar a família a tomar conta da criança																													
Ensinar sobre regime dietético																													
Ensinar sobre regime medicamentoso																													
Ensinar sobre técnica de posicionamento																													
Envolver a família																													
Executar estratégias não farmacológicas																													

Plano de trabalho - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar Lisboa Ocidental																												
05/01/201106/01/2011																												
		15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00			
Estratificação																												
Facilitar a comunicação entre os serviços envolvidos no																												
Gerir dispositivos de ventilação não invasiva																												
Gerir repouso																												
Incentivar família para a prestação de cuidados																												
Monitorizar frequência cardíaca																												
Monitorizar frequência respiratória																												
Monitorizar satO2																												
Preparar dispositivos de ventilação																												
Solicitar presença de pessoa significativa																												
Trocar dispositivos de ventilação não invasiva																												
Vigiar sono																												
Supervisionar Cuidar da higiene pessoal																												
Monitorizar oxigenoterapia																												
Monitorizar temperatura corporal																												
Vigiar eliminação intestinal																												
Vigiar eliminação urinária																												
Vigiar refeição																												
Vigiar sinais inflamatórios no local de cateter periférico																												
Monitorizar sinais vitais																												
Monitorizar tensão arterial																												
Trocar a fralda à criança																												
Vigiar dor																												
Resultado(s)																												
Medicação																												

Respiração



RESPIRAÇÃO

ACÇÃO → Vigiar a respiração

- Acessos de tosse
- Tiragem (tipo)
- Rinorreia
- Sat. O2
- O2 que está a ser administrado
- Obstrução nasal
- Cumprimento de aerossóis prescritos
- Tipo de respiração
- Conexão ao CPAP
- Temperatura corporal

Dados registados pelos enfermeiros nesta intervenção

Nova transacção - Windows Internet Explorer provided by Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Descrição	Valor	Último valor	Comentário
Amplitude da respiração		<input type="checkbox"/> profunda	
Frequência Respiratória	<input type="text"/> rpm	<input checked="" type="checkbox"/> 16 rpm	
Frequência respiratória (caract.)		<input checked="" type="checkbox"/> polipnea	
Tipo de respiração		<input type="checkbox"/> predominantemente abdominal	
Respiração regular	<input type="radio"/> sim <input checked="" type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim <input checked="" type="radio"/> não	
Tragem respiratória	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> tragem global	
Tragem respiratória	<input type="text"/>		
Adejo Nasal	<input type="radio"/> sim <input checked="" type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim <input checked="" type="radio"/> não	
Sons respiratórios	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Sons respiratórios		<input type="checkbox"/> Apresenta acessos de tosse irritativa / produtiva	
Observações (respiração)		<input type="checkbox"/> Apresenta tragem global moderada a acentuada	
		<input type="checkbox"/> Rinite alérgica em moderada a acentuada	
Outros sinais de dificuldade respiratória		<input type="checkbox"/>	

10 Resultado(s)

[Fechar](#) [Assinatura](#) [Cancelar](#)

Será importante harmonizar os registos, de forma a manter a qualidade dos cuidados, minimizar o tempo dispendido nos registos e promover o fácil acesso à informação?

Sim

Sugestão:

Amamentação comprometida



Supervisionar amamentar

Vigiar a refeição

Limpeza das vias aéreas comprometida



Vigiar respiração

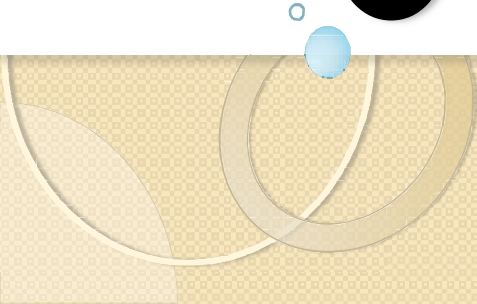
Promover o envolvimento da família



???

Obrigada pela vossa atenção!





Os Registos de Enfermagem

Importância da Harmonização

DIA 17 DE JANEIRO DE 2011

15H

Enfermeira Joana Marques (prelectora)

(Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da UCP)

Enfermeira Joana Rodrigues

Avaliação da Formação

Acção de Formação: Registos de Enfermagem

Elaborado por: Enf.ª Joana Marques (prelectora)

Data: 17 de Janeiro de 2011

Para o preenchimento do questionário, propõe-se a utilização da escala de 1 a 4 (colocando o número no ____ à frente da frase), sendo que:

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Concordo; 4 – Concordo totalmente

I. Avaliação Global

1. Os objectivos da formação foram claro ____
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos ____
3. A duração da acção foi adequada ____

II. Avaliação do Impacto da Formação

1. Esta formação permitiu reflectir sobre a temática ____
2. Esta reflexão foi útil para o exercício das minhas funções ____
3. Os resultados obtidos irão contribuir para a melhoria dos cuidados ____

III. Avaliação da Formadora

1. A formadora revelou dominar o assunto ____
2. A metodologia utilizada foi adequada ____
3. A exposição dos assuntos foi clara ____
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva ____
5. A formadora estava motivada ____

IV. Sugestões/Críticas

Análise da Sessão

A sessão foi realizada após reunião de equipa, marcada pela enfermeira chefe. A formação foi marcada para este dia, por sugestão da enfermeira chefe, de forma a estarem presentes um maior número de enfermeiros.

Antes da hora marcada, preparei a sala, o computador e o material a facultar.

Estavam presentes seis enfermeiros e um aluno da Licenciatura em Enfermagem.

Foi uma sessão onde a discussão e a interacção estiveram sempre presentes, o que tornou a sessão muito rica em argumentos, troca de experiências e reflexão sobre a prática.

A harmonização dos registos era algo que não dependia de mim, mas de toda a equipa. Eu apresentei sugestões (anteriormente estabelecidas entre mim e a enfermeira orientadora) e a equipa teria que optar. À excepção do *Vigiar a respiração*, consegui uniformizar os restantes diagnósticos seleccionados, o que foi sem dúvida um grande ganho.

Relativamente à avaliação, em todos os itens os enfermeiros colocaram a pontuação de 4 (concordo totalmente), à excepção de dois enfermeiros que colocaram 2 (discordo) no item a duração da acção foi adequada. No espaço das sugestões/críticas, referiram que a sessão deveria ter sido mais tempo e que se deveriam realizar sessões neste âmbito mais vezes ao longo do ano. A sessão durou 45 minutos e os enfermeiros reconheceram que nesse dia mais tempo não podia ser. Após leitura das folhas da avaliação e diálogo com os enfermeiros, estes referiram que o que pretendiam com aquele comentário, era uma continuidade do trabalho por mim realizado. A avaliação realizada revelou uma grande satisfação da parte dos enfermeiros relativamente à formação e às competências adquiridas no final.

De forma a dar continuidade ao trabalho realizado, foi elaborado um dossier com toda a informação e facultado em suporte informático à enfermeira orientadora.

Anexo XX

Análise dos dados

1. Fundamentação Teórica

A Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE) é um “instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem, que fornece dados representativos dessa prática em sistemas de informação de saúde globais (...) (CIPE, 2003).

A necessidade de uma CIPE é motivada por vários factores, incluindo:

- 1) O uso crescente de sistemas de informação computadorizados nos contextos clínicos;
- 2) A tendência para o registo electrónico em saúde;
- 3) A ênfase e necessidade de tecnologias que apoiem a prática baseada na evidência.

Os sistemas de informação clínicos têm de captar as variáveis da prática de enfermagem, enquanto relacionam o suporte à decisão com a melhoria nos processos de trabalho, conduzindo a melhores resultados em cuidados de saúde. Os enfermeiros devem participar no desenvolvimento tecnológico, incluindo o desenvolvimento de terminologias de referência, tais como a CIPE.

A revolução na informação está a redefinir os cuidados de saúde. A estrutura e a forma da globalização em saúde constituem um desafio. A enfermagem pode, e deve, pesquisando, discutindo e defendendo diferentes alternativas, tirar partido do potencial de oportunidades. Com a crescente globalização, os enfermeiros devem juntar-se ao nível internacional para dar respostas às necessidades de comunicação e suporte de dados. A CIPE enfatiza a necessidade de uma abordagem unificadora para promover a integração e harmonização de múltiplas terminologias de enfermagem, de diferentes países e idiomas.

A principal razão para a criação de um sistema unificado da linguagem de enfermagem consiste em conseguir comunicar e comparar dados de enfermagem entre contextos, países e idiomas. O uso da CIPE nas unidades de saúde deve ser usado para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar os cuidados de enfermagem e os resultados dos clientes, desenvolver políticas de saúde, e gerar conhecimento pela investigação.

2. Diagnóstico da Situação

Através do diálogo com a Enfermeira Orientadora e outros Enfermeiros do serviço, que realizam os registos em sistema informático com linguagem CIPE, foram constatados alguns aspectos:

- a) o registo é efectuado de uma forma desfragmentada no que diz respeito à pessoa e aos diagnósticos de enfermagem efectuados, sendo a sua consulta de difícil compreensão, perdendo-se com facilidade a conhecimento da evolução da situação clínica da criança e sua família;
- b) o tempo dispendido para a concretização dos registos, individualização e actualização do processo é cada vez mais elevado, comparativamente ao tempo de prestação de cuidados à criança e família.

Reconhecendo a importância da utilização da CIPE e adesão por parte dos enfermeiros do serviço, considerou-se importante aprofundar esta problemática. A investigação e todo o trabalho foi realizado em parceria com os enfermeiros do serviço. Só assim foi possível conhecer a problemática, envolver os enfermeiros no trabalho realizado e promover a motivação para a mudança, de forma a reflectir na e sobre a prática com a equipa.

A consulta de peritos foi mais uma etapa ao longo do processo. Antes de iniciar a investigação, reuni-me com o Sr. Enfermeiro Abel Paiva, de forma a discutir a metodologia a adoptar neste estudo. Relativamente aos diagnósticos aprofundados, ao longo do estudo foram estabelecidos diálogos com os enfermeiros peritos na área da amamentação e transição para a parentalidade, com o objectivo de encontrar estratégias mais sustentadas.

3. Objectivo

Promover a harmonização do sistema de registos, utilizado no Serviço de Internamento de Pediatria, de acordo com a linguagem CIPE 1.

4. Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro foi no dia 8 de Dezembro e o segundo no dia 7 de Janeiro.

Os dados foram obtidos através da recolha de informação do processo dos utentes do Serviço de Internamento de Pediatria do HSFX.

O processo dos utentes encontra-se informatizado no programa HCIS. Foi seleccionada a informação que se pretendia avaliar, mantendo-se sempre o anonimato dos utentes em estudo.

5. Caracterização da Amostra

O tipo de amostra é não probabilística por conveniência. A razão pela qual se optou por este tipo de amostra, centra-se no objectivo do estudo. Optou-se por colher dados dos processos dos recém-nascidos (RN), relativamente ao diagnóstico de amamentação comprometida e intervenção promover o envolvimento da família, por ser a faixa etária que mais informação tem dentro destas áreas. Ao analisar o diagnóstico limpeza das vias aéreas ineficaz, foram analisados os registos das crianças com maior alteração neste diagnóstico, ou seja, crianças com o diagnóstico médico de bronquiolite.

Para o diagnóstico amamentação comprometida e intervenção promover o envolvimento da família, optou-se por uma amostra de cinco RN. Para o diagnóstico de limpeza das vias aéreas ineficaz, obteve-se uma amostra de três crianças. O número reduzido da amostra teve em conta o factor tempo para a realização do estudo. Contudo, apesar da amostra reduzida, foram obtidos os resultados esperados.

6. Análise dos Dados

Seguidamente irá ser apresentada a análise dos dados colhidos em cada uma das áreas analisadas.

a) *Amamentação Comprometida*

Através dos registos efectuados pelos enfermeiros, constatou-se que nos cinco RN da amostra, dois faziam alimentação por mama, tetina e sonda e os outros três RN, apenas por mama e tetina.

Verificou-se que os registos encontravam-se repetidos no vigiar a refeição e notas gerais, em todos os RN, como se pode observar no gráfico 1.

Por outro lado, os registos dos RN que faziam alimentação por tetina encontrava-se mais uma vez, na intervenção alimentar por biberão. Nos RN que necessitavam de ser alimentados por sonda, toda a informação relativa à alimentação foi novamente repetida na intervenção alimentar a criança por sonda gastrointestinal.

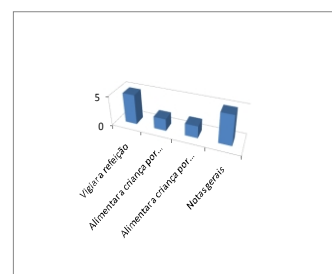


Gráfico 1: Amamentação comprometida

b) *Promover o Envolvimento da Família*

Esta intervenção ao ser seleccionada, abre uma caixa de texto onde os enfermeiros podem colocar informação escrita adicional. Os cinco RN, tinham esta intervenção sempre seleccionada e dentro de toda a informação analisada, foi possível dividir-se em três sub-grupos, ou seja, a informação divergia para três temáticas diferentes. Os três sub-grupos são: permanência dos pais, onde os enfermeiros colocam informação relativa ao tempo de presença dos pais no serviço e possíveis telefonemas; autonomia dos pais, onde o conteúdo se centra na autonomia e ajuda necessária aos pais nas AVD's; e finalmente o ensino aos pais, onde os enfermeiros registam os ensinamentos efectuados aos pais.

Permanência dos Pais	Autonomia dos Pais	Ensino aos Pais
Companhia dos pais até x horas	Autónomos nos cuidados	Sinais de fome ou necessidade de contacto
Recebeu telefonema dos pais	Auxiliados nas AVD's	Banho
Pais carinhosos com o bebé	Necessitam de ajuda nas AVD's	Cuidados gerais ao RN
Sem acompanhantes, cuidados prestados pela enfermeira	Necessitam de ajuda parcial nas AVD's	
Mãe alugou casa, para onde vai o bebé	Pais autónomos	
	Ajuda parcial na colocação à mama	
	Supervisão nos cuidados	

Tabela 1: Informações registadas pelos enfermeiros no promover o envolvimento da família

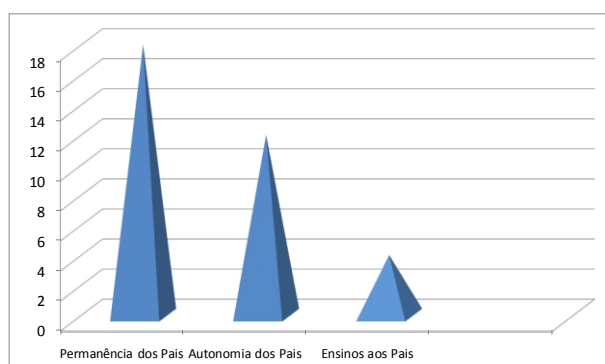


Gráfico 2:

c) Limpeza das Vias Aéreas Comprometida

Neste diagnóstico os enfermeiros seleccionaram várias intervenções, como é possível observar através da registo da imagem 1 e 2.

Imagem 1:

Imagem 2:

Entre as apresentadas relativas à AVD respiração, outras são seleccionadas pelos enfermeiros, nomeadamente, gerir oxigenoterapia, gerir dispositivos de ventilação não invasiva, gerir inaloterapia, instilar solução salina na cavidade nasal, aspirar secreções da cavidade nasal, aspirar secreções da cavidade oral, vigiar a respiração. Contudo, ao se seleccionar esta última, surge uma caixa de texto para se proceder aos registos desta intervenção. A informação registada pelos enfermeiros nesta caixa de texto centra-se em dados como acessos de tosse, presença e tipo de tiragem, rinorreia, saturação de oxigénio e quantidade que está a ser administrada, obstrução nasal, cumprimento de aerossóis prescritos, tipo de respiração, conexão ao CPAP e temperatura corporal. Através desta análise é possível constatar-se a repetição da informação dentro do diagnóstico limpeza das vias aéreas.

7. Conclusões

Os resultados obtidos através da investigação realizada, foram ao encontro da problemática descrita inicialmente. A desfragmentação dos registos de enfermagem está patente nos diagnósticos e intervenções analisadas, como se pode constatar através dos gráficos apresentados.

Foi realizada uma reunião com os enfermeiros, de forma a apresentar os resultados obtidos. A reunião foi após uma reunião de serviço marcada pela Enfermeira Chefe, de forma a abranger o maior número de enfermeiros.

Ao longo de toda a reunião estava presente a discussão. Notou-se o interesse e motivação dos enfermeiros em mudar para melhor. Através das sugestões propostas e discussão, chegou-se finalmente a algumas conclusões, nomeadamente no diagnóstico *amamentação comprometida*, seleccionar como intervenção: *Supervisionar amamentação* e *Vigiar refeição*. Por outro lado, colocou-se a questão de que diagnóstico levantar na alimentação caso a mãe não queira amamentar. Após diálogo com os colegas e várias sugestões, optou-se por adoptar o diagnóstico: *potencial para o desenvolvimento da capacidade para se alimentar comprometido*. No que se refere à intervenção Promover o envolvimento da família, concluiu-se que informações sobre permanência dos pais e autonomia dos pais deveriam ser colocadas nesta intervenção. Contudo, os ensinamentos não

deveriam estar aqui contemplados, devendo-se levantar outros diagnósticos relativos especificamente aos ensinos.

Por último, no diagnóstico Limpeza das vias aéreas comprometida, foi sugerido a opção de vigiar a respiração, onde se colocaria toda a informação relativa a esta AVD na caixa de texto respectiva. Contudo, este diagnóstico foi o que gerou mais discussão e não foi possível chegar a consenso.

Considero estas reuniões uma mais valia quer para a qualidade dos cuidados quer para os enfermeiros enquanto equipa. Sugiro que haja uma continuidade na investigação desta problemática com os enfermeiros do serviço ou futuros estudantes da especialidade.

A investigação e todo o processo realizado contribuíram para a promoção e aplicação de competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, nomeadamente, a reflexão na e sobre a prática, de uma forma crítica; compreensão da importância das implicações da investigação na prática baseada na evidência e participação na investigação em serviço. Neste seguimento, é importante concluir que foram atingidos os objectivos traçados inicialmente com sucesso.

Anexo XXI

Folha de harmonização dos registos

Harmonização dos Registos de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Amamentação comprometida	→ Supervisionar amamentar
	→ Vigiar a refeição
Potencial para o desenvolvimento da capacidade para se alimentar comprometido	→ Vigiar a refeição
Convulsão	→ Vigiar convulsão
Dor	→ Vigiar dor
	→ Vigiar a acção da criança
	→ Providenciar medidas de conforto
	→ Gerir ambiente
Edema	→ Vigiar a extensão do edema
Limpeza das vias aéreas comprometida	→ Vigiar respiração
Parentalidade comprometida	→ Promover o envolvimento da família
	→ Facilitar a comunicação de emoções
	→ Facilitar processo de admissão ao serviço: acolhimento
Vómito	→ Vigiar vómito

Intervenções que deverão constar no processo de Enfermagem:

- Vigiar a acção da criança;
- Promover o envolvimento da família: incluir o nível de dependência em cuidados;
- Vigiar pele e mucosas;
- Vigiar fontanela anterior;
- Supervisionar técnica de banho;
- Vigiar a respiração: incluir oxigenoterapia;
- Vigiar sinais inflamatórios no local de cateter periférico: incluir dia da punção venosa;
- Vigiar refeição: incluir os cuidados de enfermagem inerentes a esta actividade;
- Vigiar eliminação urinária;
- Vigiar eliminação intestinal;
- Monitorizar eliminação intestinal (nº de dejectos);
- Facilitar processo de admissão ao serviço: acolhimento;
- Gerir ambiente;
- Facilitar a comunicação de emoções;
- Providenciar medidas de conforto.